

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

174

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Mars 1895, à 1 heure.

PAR

Alexandre WASSILIEFF

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris

Ancien Interne des Hôpitaux

Ancien Préparateur de Médecine opératoire
et Aide d'anatomie à la Faculté.

Officier d'Académie

Médaille de Bronze de l'Assistance publique.

DE L'ILÉORECTOSTOMIE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges { MM.
PINARD, professeur.
MARCHAND, TUFFIER, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Mars 1895, à 1 heure.

PAR

Alexandre WASSILIEFF

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris

Ancien Interne des Hôpitaux

Ancien Préparateur de Médecine opératoire

et Aide d'anatomie à la Faculté.

Officier d'Académie

Médaille de Bronze de l'Assistance publique.

DE L'ILÉORECTOSTOMIE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges { M. PINARD professeur.
MARCHAND, TUFFIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	REITTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON MAÎTRE, M. LE PROFESSEUR TILLAUX

VÉNÉRÉ MAÎTRE,

Permettez-moi de vous dédier ce modeste travail, en témoignage de ma vive gratitude et de ma profonde reconnaissance pour les bienfaits dont vous m'avez comblé.

Pendant plusieurs années, vous m'avez prodigué vos conseils, vous m'avez fait profiter de votre immense expérience clinique et de votre habileté opératoire ; vous avez eu pour mes défauts une indulgence particulière. Je ne puis vous exprimer comme je le désirerais, toute ma respectueuse admiration, mais je tiens à vous remercier, en vous assurant de mon entier dévouement, pour l'aide matérielle que vous m'avez si généreusement prêtée en deux occasions pour moi fort pénibles.

Je n'ai pas le droit de dire que j'ai bien profité de vos excellentes leçons : c'est à vous de le juger. Mais ce que je puis affirmer, c'est que j'admire l'extraordinaire clarté de votre enseignement, la justesse de votre diagnostic, la sûreté de vos opérations, la bonté, la constante préoccupation de l'intérêt de vos malades et de vos élèves, et par dessus tout, vénéré Maître, cette qualité rare, l'honnêteté scientifique et chirurgicale, que je vous demande la permission de prendre comme règle de ma vie.

Sur ce point, du moins, si ce n'était sur d'autres, je resterai toujours

Votre élève dévoué et respectueusement reconnaissant,

A. WASSILIEFF.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VERNEUIL

Hommage respectueux de son dernier interne.
(1892).

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FARABEUF

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MM. SEGOND, BOUILLY, SCHWARTZ, QUÉNU,
REYNIER, JALAGUIER, RIBEMONT-DESSAIGNES
BROCA, POTHERAT, MICHAUX, CHAPUT,
PICQUÉ, GUINARD, RECLUS,
VARNIER.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANTONIN PONCET

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de
Médecine de Lyon.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. POIRIER

Chef des Travaux anatomiques.

A MON CHER MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICARD.

A MONSIEUR G. WYROUBOFF

Hommage de l'auteur reconnaissant.

A MADAME E. STRAUS

Hommage respectueux.

A MAITRE ÉMILE STRAUS

CHER MAÎTRE,

Vous m'avez assisté généreusement dans des circonstances difficiles, puis vous m'avez accueilli plus qu'en ami et avez ainsi relevé mon courage au moment où il allait me manquer. Je ne saurais trop vous remercier pour l'intimité dont vous m'honorez et les excellents et sages conseils que vous n'avez cessé de me donner.

Madame Straus m'a également accueilli avec sa bonté et son indulgence infinies, dont je lui suis très reconnaissant : je vous prie de croire que mon dévouement vous est acquis.

N'ayant plus de famille, j'ai pour vous une affection que je vous supplie d'excuser et je m'efforcerai, soyez-en sûrs, d'être le plus possible utile, à l'être qui vous est cher à tous deux.

A MON AMI JACQUES BIZET.

A. WASSILIEFF.

DU MÊME AUTEUR

- Endartérite généralisée, Gazette des Hôpitaux, 22 septembre 1890.
 - Un cas de résection de l'estomac, Gazette des Hôpitaux, 3 novembre 1890.
 - Sur la Hernie Ischiatique, Revue de Chirurgie, Mars 1891.
 - Sur quelques fractures simulant des luxations, Archives générales de Médecine, 1890.
 - De l'Ostéo-arthrite chronique du genou ou Ostéomyélitique, Archives générales de Médecine, N° de Janvier, 1892.
 - Loi générale de la reproduction de toute matière vivante, Progrès Médical, Nos d'Avril et Mai 1894.
 - Théorie générale de l'origine des tumeurs et du cancer, Progrès Médical, Nos de Mai et Juin 1894.
 - Cystostomie idéale, Gazette des Hôpitaux, Avril 1894.
-

OBSERVATIONS

- Fracture compliquée de la jambe, avec anévrysme-diffus, in thèse du Dr Mourret, 1892.
- Cystostomie chez un prostatique, autopsie, in thèse de G. Boutan, 1893.
- Arthrotomie pour arthrite blennorrhagique, in thèse de E. Christen, 1893.
- Rappel de paludisme, in thèse de Voronoff, 1893.

INTRODUCTION.

Je donne le nom d'Iléorectostomie à une opération ayant pour but l'anastomose, faite de propos délibéré entre le rectum et la partie terminale de l'iléon, tous deux sains et occupant leurs situations normales; en un mot l'opération consiste à créer un anus artificiel intra-rectal.

L'idée de cette opération n'est pas nouvelle, me dira-t-on, ni personnelle. Cela est certain, mais combien d'hommes peuvent-ils justifier d'avoir eu une idée entièrement originale, d'avoir créé de toutes pièces, sans antécédents, quelque chose dont aucun prédécesseur n'ait eu au moins un soupçon d'idée?

Ridicule serait une telle prétention, surtout de ma part; ridicule et stupide, car l'avoir serait méconnaître le pénible développement, à travers les siècles, de l'intelligence humaine.

« Les morts gouvernent les vivants, » a dit un homme de génie et pour la plupart des choses il est facile de trouver, parmi ceux qui nous ont précédé, qui nous ont si laborieusement, si glorieusement tracé la voie, au moins un homme ayant nettement exprimé que la chose en question était et serait réalisable. Mais l'éducation générale est si lente que les générations passent et se succèdent pendant longtemps

sans reconnaître la supériorité d'un homme, d'une idée ou d'une invention.

La chose s'est produite pour la conception de Maisonneuve relative à l'anastomose intestinale, dont l'iléorectostomie est une application. Aussi ai-je entrepris ce travail, pour rendre hommage à la gloire du chirurgien français, dont j'ai l'honneur d'être devenu le concitoyen et l'admirateur.

En 1845, dans un mémoire publié dans les Archives Générales de Médecine, Maisonneuve parle de l'anastomose intestinale, mais en se réservant « de la faire connaître plus tard. »

C'est en effet, le 1^{er} février 1854, qu'on trouve à la Société de Chirurgie, une simple mention de la première entéro-anastomose faite de propos délibéré.

L'opération que le grand chirurgien osa tenter, ne devait pas être jugée d'après le résultat malheureux qui la suivit. Maisonneuve créa une méthode, non un procédé; une méthode dont l'application ne pouvait donner que des résultats très aléatoires, dans l'état où se trouvait alors la chirurgie. Mais on pouvait déjà prévoir l'excellence de l'invention, pour le jour où les méthodes générales chirurgicales seraient perfectionnées.

Aussi de 1854 à 1889, en l'espace de 45 ans, ne trouve-t-on que deux ou trois tentatives analogues à celles de Maisonneuve; entre autres les interventions de Casamayor pour une fistule iléo-vaginale et de Laugier, en 1872 pour un anus contre nature. Cependant, depuis 1880, c'est-à-dire depuis l'emploi universel des méthodes antiseptiques, l'entéro-anastomose aurait dû entrer dans la pratique. Il n'en a rien été; les chirurgiens continuèrent à réséquer l'intestin et à chercher

l'idéal en procédant à des enterorraphies circulaires, avec des succès pas beaucoup plus nombreux que n'en avaient eu les anciens. Il a fallu les travaux si remarquables de mon maître et ami Chaput, sur la chirurgie de l'intestin, pour donner à la méthode délaissée un regain d'actualité et une forte impulsion nouvelle.

Chaput a proposé d'appeler l'entéro-anastomose du nom « d'opération de Maisonneuve » : c'est un acte de justice qu'il a fait en le proposant et ses travaux constituent un véritable monument élevé, de son vivant, au génie du chirurgien français. L'équitable postérité, qui met toute chose à sa place, associera, sans doute, les noms de Chaput et de Maisonneuve, dans l'histoire de la chirurgie intestinale.

Je dis donc, pour revenir à mon sujet, que l'iléorectostomie, est une application de la méthode Chaput-Maisonneuve. En effet, voici en quels termes Chaput a défini l'entéro-anastomose, dans le mémoire qu'il a publié en 1891 :

« L'entéro-anastomose est une opération qui consiste à faire communiquer latéralement deux anses d'intestin, sans qu'il y ait eu résection préalable. Je dirai (qu'on me passe l'expression) qu'il s'agit de créer un anus contre nature débouchant, non à la peau, mais dans l'intestin. »

A la page suivante, Chaput indique les différents sièges des abouchements normaux :

« L'anastomose peut s'établir entre deux anses d'intestin grêle : iléo-iléostomie ; entre l'intestin grêle et le côlon : iléocolostomie ; entre deux portions du côlon : colo-colostomie ; enfin entre le côlon et le rectum : colorectostomie. » (1)

(1) Archives générales de Médecine, mai 1891, p. 543 à 546.

Et il ajoute en note : « Nous ne signalerons que pour mémoire le projet d'Ullmann, consistant à anastomoser le côlon et le rectum (colorectostomie) dans les carcinomes opérables de la partie supérieure du rectum. » (1)

Dans l'énumération précédente manque la mention de *l'iléorectostomie*, dont l'importance est assez considérable. Bien que les auteurs n'en aient pas fait mention spécialement, on doit dire cependant que cette application est sous-entendue dans la définition de Chaput.

Il m'a semblé que l'anastomose iléorectale, pouvait réaliser un progrès notable dans le traitement chirurgical de certaines affections du gros intestin, comme j'espère le démontrer dans le cours de ce travail. Aussi ai-je entrepris cette étude pour essayer de restreindre la portée de cette phrase, écrite par Chaput et que nous retrouverons à propos des indications :

« L'indication de l'entéro-anastomose se pose encore : . . . à la condition toutefois que l'obstacle ne siège pas au-dessous de l'S iliaque, auquel cas la lésion serait vraiment au-dessus des ressources de l'art. » (2)

Eh bien, je crois, que l'iléorectostomie, faite par l'un ou l'autre des procédés indiqués plus loin, permettra d'éviter au malade, l'infirmité dégoûtante et fort pénible de l'anus artificiel cutané, dans tous les cas où la lésion siègera entre la valvule iléo-cœcale et la région sphinctérienne du rectum. Pour être plus exact je dirai et telle sera la conclusion pratique de ce travail : *L'anus contre nature ne sera pas indi-*

(1) Annales de la Soc. Méd. d'Anvers, 1890, p. 125.

(2) Chaput, Traité de chirurgie, tome VI, p. 870.

qué, si la lésion siège à plus de cinq ou six centimètres de l'anús. L'entérostomie ordinaire pourra, dans ces cas, être remplacée par l'iléorectostomie.

Enfin, je pense que l'iléorectostomie, ne sera pas plus grave que l'entérotomie ordinaire, qu'elle sera presque aussi facile à exécuter, qu'elle sera moins grave surtout qu'une extirpation de carcinome ou de rétrécissement du gros intestin, que seule elle sera possible dans les cas d'obstacle siégeant de la partie supérieure du rectum.

L'historique de la question est d'après ce qui précède, extrêmement court, si même il existe.

En outre de la méthode générale créée par Maisonneuve, nous ne trouvons, en effet, aucun travail un peu long sur l'opération spéciale de l'iléorectostomie ; et si Ullmann et Chaput, le premier surtout, ont mentionné l'anastomose intestinale comme moyen possible de traitement des rétrécissements de la partie supérieure du rectum, ni ces deux auteurs, ni d'autres n'ont développé cette idée, aucun ne paraît l'avoir tentée sur le vivant, personne jusqu'ici n'a songé à rechercher les procédés opératoires permettant de réaliser la conception. Aussi ai-je pensé qu'il serait utile d'étudier, au moins théoriquement le manuel opératoire, les avantages probables et les indications rationnelles de l'iléorectostomie.

Je pensai à réaliser l'anastomose iléorectale, à propos d'un malade que j'eus l'occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu, en 1892, dans le service de mon maître, M. le professeur Verneuil, alors suppléé par M. Ricard.

Voici l'observation de ce malade, observation fort intéressante à plusieurs points de vue et qui a été le point de départ de mes recherches.

Le nommé Pess..., Moïse, âgé de 37 ans, n'ayant aucun antécédent héréditaire, n'ayant pas eu, dit-il, et ne représentant en effet aucune trace de syphilis antérieure, entre à l'Hôtel-Dieu le 31 octobre 1892, salle Saint-Landry, n° 2.

Il est porteur d'un anus lombaire gauche et demande l'occlusion de cet orifice.

En l'interrogeant patiemment, on apprend que cet anus a été établi en Angleterre pour des accidents d'obstruction intestinale. Le malade, en effet, depuis plusieurs années, avait une difficulté considérable pour aller à la selle; ses matières n'étaient expulsées qu'à de longs intervalles en très petite quantité, sous forme de crottes de chèvre et toujours au prix d'efforts considérables. De temps en temps, mais rarement, il y avait un peu de sang dans les garde-robes. Jamais aucun écoulement par l'anus et pas d'habitudes spéciales, affirme le malade.

Il y a 2 ans, en 1890, le malade fut pris en Angleterre d'accidents d'occlusion intestinale : ballonnement considérable du ventre, absence de selles et de gaz pendant 2 ou 3 jours, vomissements d'abord bilieux, puis fécaloïdes. On établit un anus lombaire gauche, immédiatement au-dessus de la crête iliaque.

Le malade se rétablit et porta son anus contre nature jusqu'en 1892; mais ne pouvant travailler aisément, à cause de l'incontinence des matières, il vint demander la fermeture de l'orifice.

Lors de sa première entrée à l'Hôtel-Dieu, on crut sans doute à une invagination de l'S iliaque, car on sentait au palper cette portion d'intestin beaucoup plus volumineuse qu'à l'état normal, et d'autre part, le toucher rectal donnait la sensation d'un bourrelet assez volumineux, circulaire, avec un orifice central très petit, bourrelet recouvert de muqueuse saine, très haut situé, à 10 centimètres environ de l'anus, et très difficilement accessible.

Le 9 janvier 1892, M. Ricard fit une laparotomie médiane, qu'il compléta par une deuxième incision perpendiculaire à la première et dirigée à gauche. On trouva l'S iliaque très augmenté de volume, par hypertrophie, mais aucune lésion organique de cette portion; par contre, le rectum était très diminué de volume, sur une longueur de 8 ou 10 centimètres et présentait une consistance très ferme; cette partie de l'intestin était pour ainsi dire rigide.

L'extirpation du rectum paraissant impossible, M. Ricard referma le ventre et engagea le malade à ne rien tenter pour fermer l'anus contre nature. La guérison opératoire fut rapide et simple.

Le malade sortit le 28 février 1892.

Quelques mois après, le malade fut reçu dans le service pour garder le repos pendant huit ou dix jours et c'est alors que je pus l'examiner complètement.

Indépendamment de la cicatrice abdominale et de l'anus contre nature à travers lequel la muqueuse du côlon prolabaït, on trouve dans la fosse iliaque gauche, au palper, une masse assez volumineuse, molle, mobile : c'est l'S iliaque hypertrophiée. On ne sent pas autre chose dans le ventre.

Le toucher rectal montre ceci : à 10 centimètres environ de l'anus, le doigt rencontre la muqueuse légèrement prolabée, recouvrant un bourrelet peu prononcé circulaire, entouré d'une rigole également circulaire, mais peu profonde et, au centre du bourrelet, un orifice regardant en arrière et en bas, n'admettant même pas l'extrémité de l'index. L'ensemble donne la sensation d'un utérus antéversé à col très court.

La partie de l'ampoule située au-dessous est parfaitement saine, quoique les parois soient rapprochées, sans doute parce que, depuis deux ans, il n'a pas passé de matières par le rectum.

La pression sur l'orifice est douloureuse; la muqueuse accessible est saine, on ne sent aucune végétation.

Le bourrelet présente une consistance ferme et ne paraît pas mobile.

Pas d'hémorroïdes, pas de condylomes à l'anus; aucune cicatrice.

Il y a donc déjà des probabilités en faveur du rétrécissement du rectum haut situé.

L'examen de l'anus artificiel montre ce qui suit :

A travers l'orifice sort, de haut en bas, une masse cylindrique rougeâtre de 3 ou 4 centimètres, ayant à son centre un orifice. Le doigt ou une sonde en gomme, introduit par cette ouverture, se dirige en haut et un peu en avant; la sonde pénètre à une très grande profondeur, sans rencontrer d'obstacle et le malade en sent l'extrémité vers l'hypocondre droit. Les matières sortent par cet orifice qui appartient manifestement au bout supérieur.

En soulevant la masse, on découvre un second orifice, plus étroit, dans lequel le doigt pénètre et se dirige en *bas* et en *dedans*, jusqu'à 8 ou 9 centimètres sans rencontrer d'obstacle. Ce second orifice est celui du bout inférieur.

L'exploration avec une sonde en gomme, n° 18, fournit des renseignements très importants.

L'extrémité parcourt assez librement une distance de 10 centimètres; en ce point, il y a un arrêt, mais facile à franchir; à 12 centimètres on est arrêté et l'on sent que l'extrémité butte contre une paroi très ferme.

En tâtonnant, on finit par engager le bout de la sonde dans un orifice, puis, en insistant, dans un canal fort étroit. A ce moment, en effet, la sonde se trouve serrée et frotte sur la paroi du défilé; son passage, extrêmement lent, provoque une douleur assez vive et des besoins de défécation. Le malade sent d'ailleurs très bien que la sonde est engagée dans le rectum. Mais le toucher par l'anus ne permet pas de sentir l'extrémité de l'instrument.

A cette première exploration, le rétrécissement n'a pu être franchi. Avec l'assentissement de mon cher maître, M. Ricard, je résolus d'entreprendre la dilatation du rétrécissement.

Je procédai comme pour l'urèthre, commençant à dilater avec des bougies uréthrales. Je pus, avec un n° 12, franchir, quoique avec peine, le rétrécissement et sentir l'extrémité olivaire très haut dans le rectum.

J'arrivai au bout d'une dizaine de jours à passer le n° 24, et j'employai alors les longues bougies œsophagiennes.

La dilatation se fit très difficilement et les séances étaient très pénibles pour le malade; les bougies ne pénétraient qu'au bout d'un temps très long et ne franchissaient pas le rétrécissement, seules, les deux premières de la série purent être amenées jusqu'à l'anus.

Au bout d'un mois de patientes tentatives, je dus renoncer à mon projet de dilatation. J'imaginai alors une opération, destinée à réaliser l'anastomose de la fin de l'iléon avec l'ampoule rectale, opération que je proposai à mon maître, M. Ricard, sous le nom d'iléorectostomie. Malheureusement, le malade se conduisit assez mal, pour obliger le directeur à le renvoyer et l'opération ne put être exécutée.

J'appris quelques mois après que le malade était entré à la Salpêtrière, dans le service de M. Chaput, qui se disposait à faire une opération.

Que pouvait-on faire dans ce cas?

Supposons, en premier lieu, que le rétrécissement produise des accidents aigus d'occlusion intestinale et que l'examen ait fait découvrir seulement à ce moment-là, l'existence du rétrécissement : il n'y a qu'une chose à faire, parer aux accidents aigus, par conséquent, établir un anus artificiel. C'est ce qui fut fait en Angleterre pour le nommé P...

Mais quelle conduite devait-on tenir après le rétablissement du cours des matières et de la santé générale? Nous

avons vu que M. Ricard, à la suite d'une laparotomie exploratrice, avait jugé la lésion au-dessus de nos ressources et conseillé au malade de garder son anus contre nature.

On pouvait tenter la dilatation du rétrécissement et c'est ce que je fis. Mais le résultat fut nul et dans des cas analogues, il est probable qu'on n'obtiendra pas plus de succès. En supposant même qu'on puisse dilater le bout inférieur, on n'est jamais sûr d'obtenir un calibre suffisant et de pouvoir l'entretenir tel, pour faire sans danger l'occlusion de l'anus artificiel.

Donc, la dilatation, même lorsqu'elle est pratiquée dans des circonstances très favorables, paraît inefficace, ou au moins très pénible et dangereuse, si on essaie de la porter trop loin, car l'intestin peut se rompre.

Supposons, en second lieu, que des accidents d'occlusion incomplète chronique et des symptômes spéciaux, aient attiré l'attention du chirurgien du côté du rectum et que l'examen ait fait reconnaître l'existence d'un rétrécissement haut situé, dur, peu accessible, peu dilatable, avec diminution de la mobilité du rectum : que ferait-on dans un cas semblable, si ce n'est d'imiter la conduite des chirurgiens anglais ? L'extirpation est une grave opération qu'on n'est pas sûr de mener à bien ; la dilatation simple donne des résultats fort médiocres, la rectotomie linéaire postérieure est dangereuse, difficile à pratiquer.

Cependant, la dilatation pourrait être tentée, après ouverture du rectum en arrière et fixation à la peau, immédiatement au-dessous du rétrécissement. Par ce procédé, on rendrait la dilatation plus facilement applicable, il est vrai, mais on n'en tirerait pas une efficacité plus grande,

on ne serait pas à l'abri d'une rupture intestinale, surtout on n'obtiendrait pas de résultat durable. Il est certain, en effet, que la dilatation amène une augmentation plus ou moins rapide du calibre du rectum ; mais ce calibre ne se maintient pas. Le fait existe pour les rétrécissements de l'urèthre auxquels on a comparé le rétrécissement du rectum : il y a des rétrécissements uréthraux durs, indilatables et c'est encore Maisonneuve qui inventa pour leur cure l'uréthrotomie interne, puis la résection de la portion rétrécie.

Ce qui peut se faire pour l'urèthre sans danger, ne peut se faire pour le rectum et, d'ailleurs, tout était impossible sur le nommé P., puisque le gros intestin terminal avait sur sa moitié supérieure, c'est-à-dire sur une longueur de 10 à 12 centimètres, le volume du doigt.

L'anūs artificiel permanent devait inévitablement être établi et conservé.

Cette observation m'avait frappé, d'abord par la nature insolite du rétrécissement, ensuite par la possibilité, pensai-je, d'y remédier par une opération nouvelle. Je recherchai dans les auteurs la description de cas analogues ; mais je ne trouvai rien de semblable ou, du moins, rien d'assez précis pour être rapproché de ce premier cas.

Le hasard me mit, en juin 1894, en présence d'un second cas, identique au premier. Voici cette seconde observation que je dois à l'obligeance de mon ami et ancien collègue, le docteur Michel.

Martial Lec....., âgé de 47 ans, ancien garçon de recette,

s'étant toujours bien porté (sauf qu'il aurait eu, à l'âge de 22 ans, une péritonite ?) n'ayant pas eu de syphilis et n'en présentant aucune trace, avait, depuis 4 ou 5 ans, de la difficulté d'aller à la selle. Il y a 2 ans, il eut des douleurs assez vives pendant la défécation et perdit un peu de sang ; au bout d'une quinzaine de jours, les douleurs s'atténuèrent mais la constipation devint très opiniâtre, les matières ressemblaient, dit le malade, à des crottes de chèvre.

Le médecin, qui vit le malade à ce moment et ne pratiqua pas le toucher rectal, attribua les accidents à l'existence d'hémorrhoides.

La santé générale s'altéra ; il y eut des alternatives de diarrhée et de constipation ; l'amaigrissement avait fait des progrès notables. Mais, au bout de 4 ou 5 mois, l'appétit revint ; la constipation persistait cependant, aussi complète qu'autrefois et faisait place de temps en temps à la diarrhée ; malgré cela la santé générale s'améliora et cet état dura jusqu'en janvier 1894. A partir de cette époque, quoique l'état général se maintint bon, il y eut un peu d'amaigrissement et une difficulté croissante des selles.

Appelé à l'examiner dans les premiers jours de juin, je trouvai ce qui suit :

L'anus est normal : pas de cicatrices, pas de condylomes, pas d'hémorrhoides.

Au toucher rectal, je trouve la région sphinctérienne normale de même que l'ampoule ; mais au bout du doigt, je sens un bourrelet circulaire, avec une rigole périphérique et un orifice central très petit, n'admettant pas l'extrémité de l'index.

La sensation perçue est celle d'un col utérin un peu volumineux.

La muqueuse rectale ne présente, au doigt, aucune altération ; on ne sent à l'orifice inférieur du défilé aucune végétation. La masse, de consistance ferme, ne présente pas de mobilité étendue, mais peut cependant être déplacée légèrement dans le sens transversal. — Aucun écoulement par l'anus ; pas de sang.

Dans l'abdomen, on ne sent absolument rien d'anormal.

Les signes faisaient exclure l'idée d'un cancer rectal ; la marche, surtout, de l'affection ne permettait pas de songer à un néoplasme, d'autant moins que l'état général s'était amélioré depuis quelques mois, malgré la difficulté croissante des selles. Le souvenir de mon premier cas, me fit porter le diagnostic de rétrécissement simple du rectum.

Le malade demanda à être débarrassé de sa constipation et des troubles intermittents qu'elle entraînait.

Trois choses pouvaient être tentées. On pouvait se borner à assurer l'évacuation de l'intestin, en créant un anus iliaque, ou bien on pouvait essayer la dilatation, ou enfin pratiquer l'extirpation du rétrécissement si cette exérèse était possible.

Mais, avant tout, il fallait être renseigné exactement sur la longueur et le calibre du rétrécissement et sur l'état de l'intestin.

Aussi le malade fut-il prévenu que, pendant le sommeil anesthétique, on essaierait d'avoir ces renseignements et que la conduite ultérieure dépendrait de cette exploration.

1° Le rétrécissement, quoique situé à 10 centimètres de

l'anús, pouvait n'avoir que 2 ou 3 centimètres de hauteur et être dilatable.

2° Le rétrécissement, quoique peu long, pouvait être indilatable.

3° Le rétrécissement pouvait être très long et dilatable ou non.

Dans le 1^{er} cas, il y avait lieu de pratiquer la dilatation extemporanée devant être entretenue ensuite comme pour l'urèthre.

Dans le 2^e cas, l'extirpation pouvait être effectuée sans grand danger.

Dans le 3^e cas, l'extirpation n'étant pas possible, il y aurait lieu soit de tenter quand même la dilatation, soit de faire un anus iliaque, soit enfin de pratiquer l'opération que j'ai inventée et appelée iléorectostomie.

Le malade demanda la cure radicale de son affection et ne voulut pas entendre parler d'anús iliaque. (Cela se comprend sans peine.)

Je demandai à mon ami le Dr Michel de voir le malade et de décider la nature de l'intervention.

Nous fûmes d'avis de tenter la dilatation sous le chloroforme, après avoir constaté nettement l'étendue et la dilatabilité du rétrécissement, et de pratiquer au besoin pour cette exploration, la rectotomie postérieure. Celle-ci aurait le double avantage de rendre l'exploration possible et de faciliter aux instruments dilatateurs, l'accès du défilé.

Le malade réclamant une intervention, nous lui exposâmes les réflexions précédentes et acceptâmes, sur son insistance, à tenter la cure de son rétrécissement.

Après avoir combiné le plan opératoire, nous l'exécu-

tâmes, le docteur Michel et moi, de la manière suivante :

Toutes les précautions étant prises [désinfection aussi complète que possible du rectum et tamponnement avec la gaze salolée ; désinfection du champ opératoire (anus, fesses, ischions, périnée) qui fut recouvert de compresses bouillies dans le sublime ; cuisson des instruments pendant 20 minutes, désinfection des mains, etc.]. Nous fîmes une incision parasacrée gauche, longue de 15 centimètres environ. Le coccyx fut enlevé, puis le rectum, découvert, fut libéré sur sa face latérale droite, jusqu'au péritoine *exclusivement*. Nous pûmes alors constater que le rétrécissement, qui se traduisait par une induration de la paroi rectale, adhérente au sacrum, était long d'au moins 8 centimètres, puisque nous n'arrivâmes pas à sentir son extrémité supérieure, même après traction sur le rectum.

Dans ces conditions, il eut été téméraire de chercher à extirper le rétrécissement. Aussi nous décidâmes d'ouvrir le rectum en arrière et d'explorer le canal. Nous trouvâmes un rétrécissement dilatable, quoique très étroit, mais long d'au moins 8 centimètres ; le rectum adhérait assez fortement au sacrum.

La dilatation avec le doigt étant insuffisante, nous fîmes lentement, progressivement et avec précaution, la dilatation du rétrécissement avec un dilatateur de Sims, dont nous nous étions munis. Le calibre fut porté à près de 2 centimètres et demi de diamètre, sans qu'il y ait hémorrhagie appréciable ; aussitôt après le doigt passait librement dans le défilé.

L'orifice postérieur du rectum fut suturé à la peau et la plaie réunie, sauf l'angle inférieur, après désinfection.

Le lendemain de l'opération, il y eut une selle molle assez abondante.

Si nous comparons cette observation à la précédente, nous trouvons une similitude tellement grande dans les symptômes, mais surtout dans l'état du rétrécissement et l'immobilité relative du rectum, qu'on dirait presque ces deux observations calquées l'une sur l'autre.

En effet, dans les deux cas, le rétrécissement siégeait à plus de 8 centimètres de l'anūs; l'orifice inférieur était entouré d'un bourrelet circulaire, recouvert de muqueuse saine; la longueur du défilé était presque identique; le rectum était aussi peu mobile dans un cas que dans l'autre.

De même la consistance très ferme et la dilatabilité peu prononcée éveillaient l'idée d'une sclérose de toute l'épaisseur de la paroi rectale, d'une lésion semblable à celle des rétrécissements de l'urèthre.

J'insiste surtout, ici, sur le siège élevé, la longueur de la portion rétrécie et sur l'adhérence de l'intestin au sacrum, conditions qui rendent inefficaces ou dangereux les procédés de cure radicale, dilatation ou extirpation.

M. Ricard avait jugé que la lésion chez son malade était au-dessus des ressources de l'art, et il conseilla de garder l'anūs contre nature. Dans le cas du malade de mon ami, le Dr Michel, il s'agissait d'une lésion identique. Le rectum rétréci et devenu rigide dans sa moitié supérieure, ne pouvait être extirpé, sans danger considérable pour le patient; la longueur et la haute situation du rétrécissement, rendaient

la dilatation difficile et son efficacité très aléatoire. Le rétrécissement de Talma siégeait aussi très haut dans le rectum, et si le grand artiste avait vécu de nos jours, il n'aurait pas été traité autrement que par la création d'un anus iliaque. L'observation de Talma est fort intéressante, non seulement parce qu'elle concerne un nom connu, mais encore parce qu'elle a trait à une variété rare, quant au siège de rétrécissement du rectum, et parce qu'elle montre une tendance à la réalisation de l'entéro-anastomose spontanée.

Je n'ai pas trouvé l'observation clinique complète, mais nous avons le compte-rendu des dispositions anatomo-pathologiques, indiquées par Houël, à la société anatomique :

Le rétrécissement, très serré, siégeait dans le tiers supérieur du rectum; la partie de l'intestin située au-dessus s'était dilatée et abaissée pour se mettre en rapport avec la portion du rectum restée saine au-dessous du rétrécissement. Les deux intestins adhéraient intimement et si le malade avait encore vécu quelques jours, une communication se serait établie entre le bout inférieur du rectum et l'anse intestinale situé au-dessus du rétrécissement.

Il me semble qu'on peut voir dans ce fait, une tendance à l'anastomose spontanée, à la réalisation naturelle de la rectocolostomie iliaque d'Ulmann.

Voilà donc *trois cas*, dont deux personnels, dans lesquels il s'agissait de rétrécissement du rectum, siégeant très haut et manifestement justiciables de l'anus iliaque à l'exclusion de tout autre moyen de guérison radicale. Je peux ajouter à ces trois cas un quatrième dont l'observation résumée a été communiquée par M. Reclus : je donne ce résumé tel

qu'il m'a été transmis par mon ami Griffon, alors interne du brillant chirurgien de la Pitié.

Il s'agissait d'un homme de 41 ans, qui affirmait n'avoir jamais vu de femme et dont les organes génitaux externes étaient très atrophiés. Le malade avait toujours vécu aux environs de Paris et n'avait pas eu de dysenterie.

Deux ou trois ans auparavant, il avait présenté des signes de rectite; douleurs à la défécation, écoulement peu abondant; hémorrhagies répétées, peu abondantes cependant. Depuis il eut des alternatives de constipation, durant 8 ou 10 jours, et de diarrhée. Dans les antécédents héréditaires ou personnels, aucune maladie ni syphilis, ni tuberculose.

A son entrée, en janvier 1894, il avait maigri notablement et avait perdu l'appétit. Le ventre était presque constamment ballonné et, depuis quelque temps, il y avait, nuit et jour, des épreintes fréquentes et du ténésme, sans résultat.

A l'examen local on trouve, en effet, le malade amaigri, sans teinte jaune paille, le ventre ballonné et légèrement douloureux ou du moins sensible à la pression.

Du côté rectal, on constate ce qui suit :

La région anale du périnée est saine : pas d'infundibulum, pas d'effacement des plis radiés, pas d'hémorroïdes, pas de fistules.

Au toucher, le doigt arrive dans l'ampoule, dont la partie inférieure est *saine*; à 6 ou 7 centimètres de l'anus, le doigt arrive sur un rétrécissement, donnant absolument la sensation d'un col utérin volumineux, présentant une gouttière

ou sillon périphérique, circonscrivant un bourrelet qui portait en son centre un orifice, permettant l'introduction de la phalangette, mais ne se laissant pas franchir.

La masse est relativement mobile, sauf à la partie inférieure où elle paraît adhérer; dans la partie antérieure du sillon intra-rectal, se trouve une petite végétation polypiforme, rappelant celles de la rectite proliférante.

La muqueuse rectale ne paraît pas altérée et le doigt explorateur ne ramène pas de sang.

Au bout de quelques jours, M. Reclus pratiqua la dilatation anale à la cocaïne, avec le spéculum de Trélat et essaya d'abaisser le rétrécissement, comme on le ferait d'un col utérin, au moyen de pinces tire-balle. Cet abaissement ne put se faire que très difficilement et à un degré insignifiant; la manœuvre permit de constater l'intégrité de la muqueuse rectale.

Le surlendemain de la dilatation, le malade eut, pendant 3 ou 4 jours, une température assez élevée (39°,5 à 40°) le soir, avec frissons répétés. Il s'était sans doute fait un peu d'infection.

Le malade fut gardé en observation. Il continua à maigrir, les troubles fonctionnels s'accrochèrent. On trouva alors, par le toucher, une accentuation de la coarctation. La muqueuse était plissée et présentait des cannelures longitudinales, ou eût dit une étoffe qu'on aurait attirée à travers un anneau étroit.

Le malade réclamant une opération, à n'importe quel prix, M. Reclus pratiqua l'anus iliaque par sa méthode, parce qu'il jugea l'extirpation trop grave et peut-être impossible.

L'opéré, très soulagé, quitta l'hôpital et n'a pas, depuis, donné de ses nouvelles.

Que résulte-t-il de ces observations, si ce n'est que l'anus iliaque est le seul traitement palliatif d'affections semblables? Aussi la phrase de Chaput paraît-elle entièrement justifiée: « L'indication de l'entéro-anastomose se pose encore si le bout inférieur est imperméable par le fait d'un obstacle matériel (rétrécissement ou tumeur de l'intestin, bride ou tumeur comprimant le bout inférieur), à la condition toutefois que l'obstacle ne siège pas au-dessous de l'S iliaque, auquel cas la lésion serait vraiment au-dessus des ressources de l'art. » (1).

Eh bien, je ne crois pas que « vraiment » soit le mot propre. En présence du malade qui a fait l'objet de l'observation I, j'ai imaginé une opération destinée à obtenir un résultat, plus satisfaisant pour le patient, que l'anus artificiel. Cette opération est, comme je l'ai dit, une application nouvelle de la méthode de Maisonneuve et la mise en pratique d'un procédé préconisé par Chaput. Voici comment je fus amené, en 1892, à concevoir l'iléorectostomie extra-péritonéale.

Ayant, sur un cadavre, pratiqué par la voie prérectale une incision suffisante pour découvrir la base de la prostate, je laissai, s'appuyant au fond de la plaie, une longue pince devant me servir plus tard de conducteur. Puis j'ouvris l'abdomen, cherchai ma pince et sur elle j'effondrai le

Chaput, *Traité de Chir.*, t. VI, p. 870.

cul-de-sac péritonéal recto-vésical, en poussant ensuite l'extrémité de l'instrument dans la cavité pelvienne.

Je cherchai la fin de l'iléon, je passai un fil solide dans le mésentère à 30 centimètres de la valvule iléo-cœcale et je saisis les deux chefs du fil entre les mors de la pince périnéale. Celle-ci fut attirée au dehors par le périnée, et au moyen du fil, je pus entraîner l'anse d'intestin grêle.

Je fermai alors l'abdomen et revins à la plaie rectale, où je pus constater ce qui suit :

Par une traction modérée sur le fil, on pouvait amener l'anse grêle presque à fleur de peau, ou tout au moins à deux centimètres de la surface cutanée; cette anse n'avait pas tendance à remonter vers la cavité, car en cessant la traction, on constatait qu'il y avait un très léger retrait de l'intestin, sans qu'il cessât d'être toujours bien visible à une très faible profondeur, et d'affleurer le bord supérieur du sphincter externe.

Cette tentative me démontra qu'il serait possible matériellement, d'anastomoser les derniers centimètres du rectum, c'est-à-dire la portion extra-péritonéale du gros intestin avec la fin de l'intestin grêle.

Je passai chaque chef du fil dans la lèvre correspondante de la plaie périnéale et je fixai le tout par un nœud solide, rapprochant les deux bords de l'incision cutanée, puis j'ouvris de nouveau l'abdomen, pour me rendre compte de la disposition nouvelle et du degré de tension de l'anse intestinale.

L'intestin était peu tendu, légèrement flottant et présentait au niveau du fil une coudure, un éperon très prononcé. Les deux bouts supérieurs et inférieurs étaient appliqués

l'un contre l'autre et parallèles. Le mésentère était tendu assez fortement et appliqué sur le rectum et le mésorectum. Sa partie comprise entre le cœcum et le passage du fil était diminuée, concave en haut et reposait sur la partie postérieure de la cavité droite de l'excavation.

Il suffisait de faire communiquer par un procédé quelconque, l'anse grêle avec la partie du rectum située immédiatement au-dessus des sphincters, pour réaliser l'iléorectostomie inférieure ou extra-péritonéale.

J'obtins le même résultat en pratiquant la taille latéralisée de Frère Jacques et prolongeant l'incision jusqu'à un centimètre en arrière de la ligne bi-ischiatique. Mais ce procédé était un peu plus difficile que le précédent et n'exigeait pas une longueur moindre d'intestin grêle.

Ces essais cadavériques furent répétés dans le laboratoire de mon très cher maître, M. le professeur Tillaux, dont j'avais l'honneur d'être le préparateur.

Je me fis alors le plan opératoire suivant, avec l'intention de le soumettre à M. Ricard et de l'exécuter sur le nommé P... :

1° Pratiquer l'incision périnéale et les différents temps indiqués plus haut.

2° Fixer l'anse à la peau au moyen du fil ou de deux fils mésentériques.

3° Laisser la plaie ouverte et bourrée de gaze iodiformée pendant trois ou quatre jours pour permettre à l'intestin d'adhérer au péritoine pariétal du cul-de-sac et obtenir ainsi l'occlusion de la cavité péritonéale.

4° Ouvrir par le rectum l'anse grêle, en se guidant sur sa partie visible dans la plaie.

5° Fermer extérieurement ou laisser cicatriser la plaie périnéale.

Ce plan ne put être mis à exécution, car le malade fut renvoyé par le directeur pour tapage nocturne et insubordination.

Je ne pensais plus beaucoup à l'iléorectostomie, lorsque le hasard me mit en présence, deux ans après, du 2° cas rapporté plus haut et que j'observais avec mon ami le Dr Michel. La lésion était identique à celle du nommé P..., aussi me remit-elle en mémoire les recherches que j'avais faites et me porta à les reprendre, ce que je fis l'année dernière. Cette fois j'étais convaincu qu'il y avait quelque chose à faire dans ces cas jugés au-dessus de nos ressources, car je ne dirai pas comme Boyer que « la chirurgie paraît avoir atteint de nos jours le plus haut degré de perfection dont elle soit susceptible ».

Mais avant de reprendre l'étude du manuel opératoire, il était de toute nécessité de résoudre un certain nombre de questions, qui font l'objet chacune d'un paragraphe spécial et dont les solutions me paraissent parfaitement établies par les données que nous possédons aujourd'hui. Il s'agit en effet de savoir : 1° Si matériellement, c'est-à-dire anatomiquement, le rapprochement de l'iléon et du rectum est possible; 2° Si ce rapprochement ne supprime pas, au point de vue physiologique, une portion d'intestin trop étendue pour que sa suppression soit compatible avec la vie. Lorsque nous saurons que ces deux points sont positivement établis nous pourrons aborder l'étude du manuel opératoire, avec la conviction que l'opération est exécutable; il ne restera plus qu'à chercher le meilleur procédé pour la

réaliser. Et puisque j'essaie de contribuer ici à l'extension d'une méthode thérapeutique encore jeune, parce que peu appliquée, quoique datant d'un demi-siècle, je puis dire par anticipation que je cherche également à tirer de l'oubli immérité une belle opération due à Nélaton. J'utilise en effet la taille prérectale, qui eut autrefois une vogue considérable et qu'on a délaissée de nos jours, « à tort, selon moi, car c'était une belle taille », disait M. le professeur Tillaux dans son cours de médecine opératoire à la Faculté, en 1892.

De là sorte, si la nouvelle intervention que je propose est acceptée et pratiquée, elle sera entièrement d'origine française et ne devra rien à l'étranger.

La première question à répondre est la suivante : Est-il possible matériellement d'obtenir le rapprochement de l'iléon et du rectum ?

La réponse n'est certes pas douteuse, car à l'état normal le rectum se trouve en rapport, lorsque la vessie est vide, avec les circonvolutions de l'intestin grêle ; d'ailleurs l'existence de fistules iléo-rectales ou vésico-intestinales autres que les recto-vésicales, montre que ce rapprochement peut se faire dans certaines circonstances pathologiques. Le fait est donc établi pour ce qui concerne le contact intra-péritonéal de l'iléon et du rectum, non seulement par l'observation pure et simple, c'est-à-dire par une véritable expérimentation spontanée, mais aussi par certains actes opératoires d'exécution relativement récente.

Ainsi, « l'anastomose peut se faire entre l'iléon et l'S iliaque, entre l'iléon et le côlon descendant ». Chaput a exécuté avec un plein succès la première opération, en 1889 ; mais on pourrait objecter qu'il s'agissait alors de rapprocher deux portions mobiles de l'intestin, tandis que le rectum est beaucoup moins mobile, partant plus éloigné de l'S iliaque, et, *a fortiori*, moins mobile, dans le cas où l'iléorectostomie serait indiquée, car on se trouverait en présence d'altérations du rectum, telles que friabilité des parois empêchant les tractions ou les rendant dangereuses, adhérences au

sacrum mettant un obstacle parfois invincible au déplacement de l'intestin, enfin diminution du calibre rectal dans la portion intra-péritonéale entraînant l'inutilité et l'inefficacité *a priori* du rapprochement des deux portions du tube digestif.

Pour répondre à ces objections, il est nécessaire de diviser la question et de se demander : 1° s'il est possible d'anastomoser l'iléon avec la portion intra-péritonéale du rectum, 2° dans le cas où cette anastomose ne serait pas exécutable pour une raison ou pour une autre, s'il ne resterait pas encore la possibilité d'aboucher l'iléon dans la partie extra-péritonéale du gros intestin.

Premier cas. — Nous supposons que l'obstacle siège dans le tiers supérieur de la longueur totale du rectum, c'est-à-dire au-dessus du milieu de sa portion revêtue de séreuse, ou, si l'on préfère, au-dessus du détroit moyen des accoucheurs : ce cas est le plus défavorable à l'iléorectostomie intra-péritonéale.

L'anastomose doit se faire au niveau du tiers moyen, immédiatement au-dessus du muscle releveur de l'anus, presque au fond du cul-de-sac recto-vésical et sur l'extrémité la moins mobile du rectum. Cette anastomose est possible ; l'orifice siègera à 8 ou 10 centimètres de l'anus ; et si les sphincters sont respectés comme ils doivent l'être, on aura substitué un état presque normal à l'infirmité fort pénible de l'anus iliaque inévitable dans le cas considéré.

Il est bien entendu qu'il n'est pas question encore des moyens de réalisation mais seulement de la possibilité matérielle. Or, celle-ci est démontrée, comme nous l'avons dit plus haut ; les recherches cadavériques montrent que le

rapprochement de l'iléon et du rectum est alors assez facile et qu'il se fait à une distance maxima de 30 centimètres de la valvule iléo-cœcale. Les cadavres sur lesquels j'ai obtenu ce résultat, étaient presque congelés, étant donnée la température de la salle où j'opérai (le thermomètre marquait 0°); le cœcum était dans trois cas très peu mobile, rétracté, et l'on sait que sur le cadavre, les tissus se laissent beaucoup moins allonger que sur le vivant.

Le point de contact de l'iléon avec l'origine du rectum ou avec l'S iliaque, se trouve à une distance moindre, environ 20 ou 22 centimètres de la valvule iléo-cœcale; la distance du point de contact à la ligne d'insertion du mésentère mesurait de 15 à 17 centimètres.

Cette dernière mensuration est plus importante que celle de la distance du point de contact à la valvule iléo-cœcale; c'est en effet le mésentère qui doit supporter la traction et il est intéressant de savoir quel allongement maximum on peut donner au repli péritonéal.

Je n'examinerai pas le cas de l'entérocolostomie iliaque ou de l'iléorectostomie supérieure. Là, en effet, il ne saurait y avoir de difficultés; l'S iliaque, la partie supérieure du rectum et l'intestin sont trois parties mobiles qu'on arrive facilement à rapprocher l'une de l'autre. Mais il peut en être autrement lorsqu'on cherche à établir le contact des deux intestins au fond du cul-de-sac recto-vésical.

Eh bien! dans les conditions les plus défavorables pour l'iléorectostomie intra-péritonéale, le mésentère, à la distance, mesurée sur l'intestin, de 30 centimètres de la valvule iléo-cœcale, mesurait dans 10 cas, de 10 cent. longueur minima, 18 centimètres, longueur maxima. J'ai pu, dans

tous les cas, augmenter la distance de 2 centimètres au moins par une traction modérée. Laissons de côté la longueur maxima et ne considérons que la moindre, pour savoir s'il est possible sans grands tiraillements d'amener l'intestin grêle au fond du cul-de-sac recto-vésical. La chose sera possible, si la distance de l'insertion mésentérique sur la paroi abdominale postérieure au cul-de-sac péritonéal est égale à la longueur minima indiquée ci-dessus.

Des nombreuses mensurations que j'ai pratiquées sur les cadavres de l'École pratique, il résulte que la distance de l'extrémité supérieure de la symphyse sacro-iliaque droite au fond du cul-de-sac prérectal, ne dépasse pas 13 centimètres, d'où je conclus que l'iléorectostomie intra-péritonéale est possible.

Je dis même qu'elle sera toujours possible, à moins d'adhérences considérables immobilisant l'intestin et le mésentère ou de brièveté excessive de celui-ci.

Si l'on tient compte, en effet, de la disposition, ou mieux, de la forme du mésentère, on s'aperçoit immédiatement que la longueur utilisable est plus grande que la distance à l'insertion mesurée du point à aboucher dans le rectum.

Le mésentère représente assez bien, d'après la comparaison classique, un éventail dont le point fixe, le centre de rotation ou de développement des lames, est situé au niveau du bord adhérent du repli. Mais tandis que dans un éventail le centre de rotation est unique, commun à toutes les lames, dans le mésentère il n'en est plus de même, les centres sont multiples et leur réunion forme la ligne d'insertion ; aussi les différents rayons de rotation ou de mobi-

lité des portions de l'intestin grêle, ne sont-ils pas représentés par la distance géométrique du point mobile au bord adhérent du repli. Ainsi, par exemple, la partie du mésentère correspondant à la symphyse sacro-iliaque droite, est le centre du déplacement non d'une longueur égale d'intestin, mais d'une longueur au moins dix fois plus grande : les cinq derniers centimètres du mésentère, en regard de la symphyse sacro-iliaque, représentent les centres de mouvement du dernier demi-mètre d'iléon.

Si l'on mesure la distance de la symphyse droite au point situé sur l'iléon à 50 centimètres de la valvule, on trouve une longueur minima de 13 centimètres. On voit donc qu'en tenant compte de l'allongement du mésentère et du diamètre de l'intestin, on peut amener le bord libre de celui-ci à une distance de 18 à 20 centimètres de la symphyse sacro-iliaque droite; dans ce cas, le point du bord se trouve à 50 centimètres de la valvule iléo-cœcale.

En résumé :

Il est matériellement possible d'aboucher l'iléon dans le rectum, au fond du cul-de-sac recto-vésical, à plus forte raison sur les parties latérales les plus basses de cet intestin et encore mieux à son origine.

La longueur sacrifiée (au point de vue fonctionnel) de l'intestin grêle est de 50 centimètres au plus.

L'iléorectostomie intra-péritonéale, supérieure ou inférieure, est donc réalisable.

Examinons maintenant notre second cas, c'est-à-dire celui où la lésion rectale, un rétrécissement en particulier, ne laisse libre que la portion extra-péritonéale du rectum et voyons si, dans ces conditions mêmes, il est possible encore d'aboucher l'iléon au-dessus du sphincter.

Deuxième cas. — Supposons donc que l'iléorectostomie intra-péritonéale soit impossible, et faisons abstraction pour l'instant des procédés opératoires et des voies anatomiques à suivre pour amener l'iléon au niveau de la portion extra-péritonéale du rectum.

L'abouchement devrait se faire, au-dessus du sphincter, c'est-à-dire à 3 ou 4 centimètres de l'anus et au-dessus de ce point. La portion du rectum ayant environ 6 centimètres, 8 au maximum en avant, 10 à 12 en arrière, il ne reste donc d'utilisable que 3, 4 ou 5 centimètres d'intestin en avant, 6 à 8 en arrière.

A priori, l'iléorectostomie extra-péritonéale apparaît réalisable étant donné ce qui précède; car si l'on peut amener l'intestin grêle facilement dans le cul-de-sac prérectal, il sera possible de l'aboucher immédiatement au-dessous, de l'abaisser encore de 2 centimètres, de le fixer en résumé au niveau de la base de la prostate. L'abouchement paraît aussi facile sur les parties latérales du rectum, sur les faces recouvertes moins bas que l'antérieure par le péritoine.

Des mensurations pratiquées sur le cadavre montrent ce qui suit : La distance du bord supérieur du sphincter, en avant sur la ligne médiane, à la symphyse sacro-iliaque droite, mesure *au maximum* 20, je dirais même 19 centimètres.

Or, nous avons vu plus haut que le bord libre de l'intestin, supposé modérément distendu pouvait être amené à une distance de 18 centimètres de la symphyse sacro-iliaque droite.

Donc, on pourra l'aboucher dans le rectum à 2 centimètres du bord supérieur du sphincter et réaliser ce que je

désignerai sous le nom d'iléorectostomie extra-péritonéale.

L'exécution de cette opération est relativement facile sur le cadavre ; plusieurs procédés ont été mis en œuvre, mais leur description ne doit pas être faite dans ce paragraphe, elle sera donnée à celui qui concerne le manuel opératoire.

Des quelques considérations qui précèdent, il me semble résulter la possibilité matérielle de l'anastomose iléo-rectale ; je n'ai donc plus, dans le chapitre qu'à examiner le point de vue physiologique, à savoir :

Cette opération ne supprime-t-elle pas, avec tout le gros intestin, une portion d'intestin grêle trop grande pour que la santé se maintienne en bon état après la guérison opératoire ?

L'iléorectostomie supprime, en effet, le gros intestin tout entier, sauf les 6 ou 8 derniers centimètres du rectum, et 50 ou 60 centimètres d'intestin grêle. Il me semble que cette suppression ne doit pas avoir grand inconvénient, car elle se réalise de nos jours dans maintes circonstances.

L'établissement de l'anus artificiel cœcal ou anus de Nélaton, a pour résultat la suppression fonctionnelle de tout le gros intestin ; il est vrai que l'absence d'éperon permet aux matières de pénétrer dans la partie restée perméable du gros intestin et à l'absorption de se compléter dans une certaine limite. Les mêmes faits existent pour l'anus lombaire droit ou d'Amussat.

L'anus intra-rectal sera analogue, comme disposition, à l'anus de Nélaton, le malade se trouvera dans les mêmes conditions, et il n'y a aucune raison pour que les conséquences ne soient pas identiques dans les deux cas.

D'ailleurs, Chaput a pratiqué une opération qui se rap-

proche beaucoup à tous les points de vue de l'iléorectostomie. Cet habile chirurgien a, en effet, exécuté, en 1889, l'entéro-colostomie iliaque avec un plein succès, opératoire et fonctionnel. L'iléorestoctomie intra ou extra-péritonéale, supprime en plus l'S iliaque et une partie du rectum ; mais je ne crois pas qu'il puisse en résulter un inconvénient plus considérable que dans le cas de l'entéro-colostomie.

D'autres faits viennent confirmer l'idée que l'opération n'aura pas de grands désavantages : je veux parler des fistules iléo-rectales spontanées et de l'anastomose iléo-rectale pratiquée dans des conditions spéciales.

Les fistules spontanées sont rares et lorsqu'elles existent sans complications, on ne les reconnaît pas sur le vivant ; l'entéro-anastomose par contre a été conseillée et pratiquée dans les cas de fistules iléo-vaginales ou vésico-intestinales, de fistules bi-muqueuses, comme les appelle Chaput.

C'est ainsi que « Casamayor établit une communication entre la fistule et le rectum à l'aide d'une pince spéciale dont un mors fut introduit dans la fistule et l'autre dans le rectum ».

Mon maître, M. le professeur Verneuil, a inventé un procédé très ingénieux et Chaput a proposé un procédé aussi très simple. Je le transcris ici, parce qu'il est très important, mais j'aurai à l'examiner et, je le dis par avance, à l'utiliser à propos du manuel opératoire. Voici en quoi consiste le procédé Chaput :

« Avec une sonde d'homme introduite dans la fistule (iléo-vaginale), déprimer l'intestin et la paroi rectale de façon à faire une saillie dans le rectum ; saisir ce diverticule à l'aide d'une pince à longs mors, introduite dans le

rectum et qui fera office d'entérotome. On peut faire la même manœuvre en sens inverse, refouler la paroi rectale du côté de la fistule et introduire la pince par le vagin dans la fistule où elle saisira l'ampoule recto-intestinale (Entérotomie iléo-rectale). »

Les faits cliniques démontrent donc que la suppression fonctionnelle du gros intestin n'a pas de conséquences fâcheuses. Et qu'en pensent les physiologistes, dont les expériences ne présentent que rarement toutes les conditions réalisées dans les véritables expériences spontanées que nous fournissent les cas pathologiques ?

Les physiologistes disent : « Vers le milieu de la longueur du gros intestin, toute digestion et toute absorption sont terminées ; le contenu du canal n'est plus formé que par des matières qui doivent être rejetées, par les fèces en un mot » (1).

On peut donc dire que du côlon transverse inclus à l'anus, le gros intestin n'est qu'un réservoir à matières fécales dont la suppression ne saurait compromettre la santé. Mais il n'en est pas de même du cœcum et de la fin de l'intestin grêle, car là se passent encore des phénomènes de digestion et d'absorption alimentaire, à l'état normal.

Il est vrai que déjà à ce niveau l'intestin ne contient pas beaucoup de matière utiles ; néanmoins il s'y fait encore une absorption assez active. Aussi est-il important de savoir quelle longueur d'intestin grêle on peut supprimer sans inconvénient.

Les faits pathologiques répondent à cette question. Kœ-

(1) Küss et M. Duval, Beauny et Bouchard, Béclard, etc.

berlé n'a-t-il pas réséqué 2 mètres d'iléon ; un grand nombre d'opérateurs n'ont-ils pas enlevé plus de 50 ou 60 centimètres, sans grand dommage ? Ces faits sont vulgaires et il est presque inutile de les rappeler, ils sont connus de tous : Il est établi qu'on peut impunément supprimer plus de 50 centimètres d'intestin grêle. Un seul point est à réserver : il faut éviter de réséquer l'intestin trop près de l'estomac ; le mieux, quand on le peut, est d'enlever une anse voisine de l'angle iléo-cœcal. Or l'iléorectostomie ne supprime, au point de vue fonctionnel, que la dernière anse de l'iléon, les 50 ou 60 derniers centimètres (au maximum) de cet intestin et encore ne les supprime-t-elle pas complètement car les matières pourront passer dans le bout inférieur, resté perméable, et l'absorption se complètera, au moins en partie.

Donc, et telle sera la conclusion de cette discussion, l'iléorectostomie ne compromettra pas la santé du malade, après la guérison opératoire.

La possibilité matérielle et physiologique étant admises et, je le crois, parfaitement démontrées par les faits existants, il reste à chercher par quelle voie, on réalisera l'anastomose iléo-rectale, par quels moyens on maintiendra le contact des deux intestins. Trois voies sont seules possibles, la voie abdominale, la voie périnéale ou la combinaison des deux : nous allons examiner maintenant quel manuel opératoire il faut adopter, dans les différents cas qui peuvent se présenter et quelle technique est la meilleure au point de vue de la facilité de l'opération et de la sécurité du résultat.

MANUEL OPÉRATOIRE.

Jusqu'ici personne n'a réalisé l'anastomose iléo-rectale, telle que je la comprends, c'est-à-dire personne n'a abouché l'intestin grêle sain dans le rectum également sain ce qui constitue, comme je l'ai dit au début, l'iléorectostomie. Certes, on a cherché à établir, depuis fort longtemps, une communication entre l'iléon et le rectum, dans les cas de fistules externes bi-muqueuses, iléo-vaginales ou iléo-vésicales, par exemple; mais dans ces circonstances on a eu la main forcée, pour ainsi dire, par la disposition anatomo-pathologique préexistante, dont la nature indiquait immédiatement l'espèce de l'intervention. Tout autre est l'opération que je propose, plus étendues sont les indications de son emploi, mieux son manuel opératoire peut et doit être réglé; c'est une opération de choix et non de nécessité. Elle doit être faite de propos délibéré, et crée, je crois une ressource nouvelle pour des cas jugés jusqu'ici comme au-dessus des moyens de l'art chirurgical.

Ullmann, déjà cité, a émis le principe de l'opération, mais il ne l'a pas appliqué que je sache sur le vivant et n'a pas donné de manuel opératoire précis, ni même quelconque. D'ailleurs, il a proposé la colorectostomie, ce qui est bien différent de l'iléorectostomie et peut-être moins bon.

N'ayant donc aucune donnée précise relative à l'opération spéciale dont il est question ici, en dehors de la technique de l'anastomose intestinale en général, j'ai cherché sur le cadavre quels pouvaient être les meilleurs procédés, d'iléorectostomie, en me plaçant dans les conditions des différents cas que présente la pratique. En clinique trois éventualités sont à prévoir : ou le rectum est sain dans presque toute son étendue, c'est-à-dire que la lésion siège au-dessus de l'origine de cette portion d'intestin, ou bien la lésion ne laisse intacte que la partie inférieure de la portion intra-péritonéale, ou enfin, il n'y a de sain que la partie extra-péritonéale. Je dirai plutôt, qu'au point de vue opératoire, il y a deux cas à considérer : 1° la portion intra-péritonéale du rectum est saine en totalité ou seulement dans ses 3 ou 4 derniers centimètres ; 2° le rectum n'est sain que dans sa portion extra-péritonéale.

Les conditions de l'iléorectostomie sont bien différentes dans l'un ou l'autre cas ; au premier correspond une opération plus simple, intra-péritonéale ; au second répond une intervention un peu plus compliquée, un peu moins facile (pas beaucoup), mais peut-être plus sûre, au point de vue des accidents à redouter et du résultat à obtenir.

Quel que soit le siège de l'abouchement intra-rectal, le manuel opératoire comporte les mêmes temps principaux. Ces temps sont les suivants :

- 1° Recherche de la fin de l'iléon et du rectum ;
- 2° Établissement du contact des deux parties ;
- 3° Maintien du contact et communication des deux intestins.

Examinons successivement les deux premiers temps prin-

cipaux, en commençant par l'iléorectostomie intra-péritonéale et laissant de côté le troisième temps, qui est le même pour tous les cas. Nous le décrirons, lorsqu'il s'agira de choisir les moyens d'union et de communication des deux anses.

Avant de m'arrêter au manuel opératoire que j'indiquerai plus loin, j'ai cherché à atteindre mon but par des voies différentes. Il était évident *a priori* que la seule voie rationnelle pour réaliser l'anastomose intra-péritonéale, était la voie abdominale; mais pour l'anastomose extra-péritonéale une autre voie se présentait, la voie périnéale, soit antérieure, soit postérieure.

Dans le premier cas, il ne saurait y avoir aucun doute sur le manuel opératoire convenable, abstraction faite, je le répète, des moyens d'union : l'opération est rapide, très facile. Aussi commencerai-je par elle, d'autant plus volontiers qu'elle constitue le premier temps de l'autre opération.

ILÉORECTOSTOMIE INTRA-PÉRITONÉALE.

Cette opération consiste : 1° à découvrir l'intestin grêle à sa terminaison et le rectum ; 2° à les rapprocher et à les maintenir au contact. Elle ne diffère pas d'une laparotomie très simple et se pratique de la même façon.

Le malade ou le sujet est placé dans la position inclinée de Trendelenburg, lorsqu'on a à sa disposition une des tables spéciales, dont on peut à la rigueur se passer. On fait l'incision sur la ligne médiane jusqu'au péritoine inclusivement, comme à l'ordinaire.

Lorsque la cavité abdominale est ouverte, on va à la recherche du cœcum soit avec la main, sans regarder, soit, ce qui vaut mieux en regardant. Si l'on veut se contenter du toucher, on doit, à mon avis, pour cette recherche, employer la manœuvre indiquée par M. le Professeur Tillaux : suivre le péritoine de la paroi abdominale antérieure et sans jamais quitter la paroi, gagner la fosse iliaque ; le doigt ou la main se trouve arrêté par une cloison, c'est le mésocœcum. Il suffit alors d'attirer la portion d'intestin qui est adhérente à cette cloison.

Mais la recherche du cœcum, faite ainsi à l'aveugle, ne me paraît pas sûre et certes pas conforme à ce principe

capital de médecine opératoire clinique, qui exige que l'on voie ce que l'on va toucher, qu'on reconnaisse toujours avec certitude la partie sur laquelle on va agir. Aussi je crois qu'il vaut mieux « aller dans la fosse iliaque à la recherche du cœcum et quand *on l'a sous les yeux...* » et suivre l'anse d'iléon qui s'y termine. (Prof. Tillaux.)

Dès qu'on a trouvé l'intestin grêle, on passe une anse de fil dans le mésentère à une certaine distance de la valvule iléo-cœcale et l'on saisit les deux chefs avec une pince, qui servira plus tard à retrouver l'iléon.

On va ensuite à la recherche du rectum qu'il est toujours facile de trouver à moins qu'il n'y ait des adhérences du gros intestin avec des anses d'intestin grêle. Supposons pour l'instant qu'il n'y ait pas d'adhérences et que le rectum soit découvert.

Il est presque toujours très facile de rapprocher l'anse grêle marquée par le fil, soit de l'extrémité supérieure du rectum qui est mobile, soit du cul-de-sac recto-vésical, chez l'homme. Il ne reste plus qu'à fixer le contact et à établir la communication des deux intestins.

Le deux premiers temps de l'iléorectostomie intra-péritonéale sont, d'après ce qui précède, très faciles à exécuter, avec une grande rapidité.

L'anastomose extra-péritonéale est plus complexe, néanmoins elle ne saurait présenter de difficultés réelles pour le chirurgien de profession : telle est du moins l'impression que m'a produite son exécution.

ILÉORECTOSTOMIE EXTRA-PÉRITONÉALE.

Cette opération que je suis le premier à proposer, consiste, comme son nom l'indique, à aboucher l'iléon dans la partie périnéale du rectum, à placer la communication en dehors du péritoine.

De la définition même, il résulte que l'anse à anastomoser doit parcourir ou plutôt être attirée dans l'épaisseur du périnée et affleurer le rectum à 2, 3 ou 4 centimètres au-dessus de la région sphinctérienne. Pour cela, il faut diviser le péritoine qui tapisse le muscle releveur et ce muscle lui-même de façon à pouvoir amener l'anse grêle dans la fosse ischio-rectale par exemple, ou, *en avant*, entre la prostate et le rectum. Or, on peut diviser le périnée de deux manières différentes, correspondant à deux procédés opératoires différents : la section est faite soit de dedans en dehors, du péritoine vers la peau, soit de dehors en dedans, en sens inverse. D'où deux voies possibles, la voie abdominale ou intra-péritonéale seule, la voie périnéale : c'est entre ces deux voies ou une combinaison des deux que nous aurons à choisir. Mais auparavant, je demande la permission d'exposer les recherches cadavériques que j'ai faites, avant de

m'arrêter au manuel opératoire qui m'a paru le plus convenable, au point de vue clinique.

Je rappelle que les temps principaux de l'iléorectostomie sont au nombre de quatre : recherche de l'anse terminale de l'iléon, découverte du rectum au point où l'on veut établir la communication, fixation permanente des deux intestins et abouchement de l'un dans l'autre ; l'ordre des deux premiers temps pouvant être interverti.

Je ne m'occuperai pour l'instant que de ces deux premiers, pour traiter des deux derniers dans un paragraphe spécial, sous le titre de « moyens d'union », moyens dont la nature rend l'opération plus rapide et je crois, plus sûre.

Voie abdominale. — Je commence par ce procédé, quoi qu'en réalité, je n'aie pensé à l'exécuter qu'en dernier lieu et pour ainsi dire par acquit de conscience afin de n'avoir pas à me reprocher d'avoir omis un seul des manuels opératoires possibles.

Il est presque évident *a priori*, que la voie abdominale est mauvaise, en ce sens que l'on ne voit pas clair et que les manœuvres sont difficiles à exécuter dans le fond de la cavité pelvienne. Néanmoins, l'opération est possible et voici comment j'y procédai.

Je fis, dans la position inclinée, la laparotomie médiane, cherchai le cœcum et suivis l'iléon, de la valvule vers l'estomac, sur une longueur de 30 centimètres environ ; à cette distance du cœcum, je traversai le mésentère avec deux fils éloignés de 2 ou 3 centimètres, l'un de l'autre. Puis, j'incisai le péritoine du plancher pelvien sur le côté droit du rectum, à un centimètre de sa paroi latérale et le long de sa moitié postérieure, sur une étendue de 3 à 4 centimètres. Je

découvris ainsi la face supérieure de l'aponévrose pelvienne et du muscle releveur que je divisai également avec précaution dans toute l'étendue de l'incision péritonéale et dans un plan antéro-postérieur, parallèle à la paroi de l'intestin, enfin j'agrandis cette boutonnière en l'écartant avec deux doigts. Cela fait un aide introduisit dans le rectum une pince hémostatique longue, à mors allongés, la pince à hystérectomie de mon maître, M. Segond et poussant la pince contre la paroi latérale droite du rectum, au niveau de l'incision du releveur fit saillir l'instrument au fond de la plaie.

Je saisis alors le bord libre de l'intestin grêle entre les mors de deux pinces hémostatiques longues et étroites, de façon à laisser entre les deux mors un intervalle de 2 centimètres; je fis écarter les mors de la pince rectale et je refoulai dans leur interstice, au moyen des pinces de l'intestin grêle, cet intestin lui-même avec la paroi rectale; enfin je fis fermer la pince, dont les mors comprimèrent fortement un pli de la paroi rectale, en même temps que le bord libre de l'intestin, dont les pinces furent enlevées. L'iléon se trouva fixé au rectum. Pour terminer, je fis passer les chefs gauchés des deux fils à travers le méso-rectum et je nouai ensemble les chefs de même nom, c'est-à-dire les droits ou supérieurs ensemble, les gauches ou inférieurs ensemble, de façon à accoler le mésentère au méso-rectum, au niveau du bord adhérent des deux intestins; deux autres fils furent placés et noués de la même manière, à travers les deux mésos, plus près de l'insection pariétale. Ces deux points mésentériques étaient destinés à soulager l'intestin

de la traction subie par suite de sa descente et de son pincement, et à maintenir le contact des deux portions.

Le point pincé se trouvait sur l'intestin à 21 centimètres du cœcum. D'après ce qui précède, on peut déjà se douter des difficultés que présentent les manœuvres, lorsqu'on veut exécuter l'iléorectostomie exclusivement par la voie abdominale. Celle-ci ne présente qu'un avantage, mais il est considérable, elle permet de découvrir à coup sûr la fin de l'intestin grêle et le plancher pelvien : pour le reste elle paraît sinon impossible, du moins peu pratique.

Examinons maintenant quels sont les avantages, les inconvénients et les difficultés que présente la voie périnéale.

Voie périnéale. — *A priori*, elle paraît encore plus impossible, encore moins pratique que la précédente, car, outre la profondeur assez considérable à laquelle il faut aller pour découvrir le péritoine, il y a encore la difficulté, très grande de découvrir, à coup sûr la terminaison de l'iléon.

Par la voie périnéale les premiers temps de l'opération sont intervertis, on découvre d'abord le rectum, ce qui est assez facile ; mais la recherche de l'iléon est, je dois le dire impraticable, même au prix de très larges incisions. Deux procédés différents peuvent être employés ; suivant que l'incision porte sur le périnée antérieur ou sur le postérieur. On peut, en effet, se proposer d'ouvrir le péritoine, soit dans son point le plus rapproché de la peau, c'est-à-dire au niveau du cul-de-sac antérieur recto-vésical, soit sur le côté du rectum (droit évidemment, le cœcum étant généralement à droite), par suite à une distance plus grande de la peau, que dans le premier cas.

Voie périnéale postérieure ou sacrée. — Je fis placer le sujet sur le côté gauche, le membre inférieur correspondant allongé, le droit fléchi à angle droit. Je fis une incision parasacrée, courbe à concavité droite, commençant au droit de la base du coccyx et finissant sur la ligne bi-ischiatique à un travers de doigt en dedans de la tubérosité de l'ischion. Je découvris le rectum et le lèbérâi en le décollant avec le doigt jusqu'au fascia sous-péritonéal reconnaissable à sa blancheur nacrée, à la direction de ses faisceaux et à la présence du paquet vasculaire de l'artère hémorrhoidale supérieure accompagnée de ses deux veines nettement visibles.

Deux écarteurs ou mieux deux valves vaginales placées aux extrémités coccygienne et anale de l'incision, permettent de découvrir complètement le champ opératoire et d'y voir clair, pendant que l'opérateur déprime de la main gauche la lèvre gauche de la plaie.

Pour ouvrir le péritoine, sans tâtonnement et sans recherches prolongées, il faut se rappeler que le cul-de-sac antérieur se trouve à 6 ou 7 centimètres de l'anus, sur une ligne antéro-postérieure passant par la corne droite du coccyx, enfin à 1 centimètre au-dessus de l'artère hémorrhoidale supérieure.

Par conséquent, pour découvrir ce cul-de-sac, il faut inciser en amont du paquet vasculaire indiqué plus haut, c'est-à-dire sur le côté éloigné de l'opérateur et au niveau du point que jalonne l'indicateur gauche enfoncé droit devant soi, perpendiculairement au coccyx, dont la pointe doit venir se placer dans la commissure de l'index et du médus.

Au point ainsi déterminé, on incise le feuillet brillant qu'on a sous les yeux, en dirigeant le bistouri, non dans le

sens de la plaie, mais dans une direction transversale et verticale vers le rectum, soulevant chaque fois délicatement au moyen d'une pince à disséquer les tissus que l'on va diviser, après les avoir reconnus.

Lorsque le péritoine est ouvert, on agrandit l'orifice vers le sacrum dans le sens de la plaie extérieure, puis on place dans la cavité de grands écarteurs à hystérectomie vaginale, l'un vers le sacrum, l'autre vers le pubis et l'on peut voir alors la cavité pelvienne remplie par les anses intestinales ; l'épiploon se trouve généralement dans l'angle anal de la plaie.

Le rectum est de cette façon très facilement découvert sur une grande étendue, comme dans l'opération de Kraske, dont en somme je viens de reproduire les principaux traits. Jusqu'ici les difficultés sont fort médiocres et sur le vivant l'hémorrhagie serait insignifiante, deux ou trois artérioles seulement donnant des jets assez forts, surtout dans la partie sacrée de la plaie. Mais les incertitudes commencent lorsqu'il s'agit de trouver et d'attirer la dernière anse de l'iléon. La chose serait relativement facile, si on pouvait par l'orifice péritonéal, introduire dans la cavité une main qui irait à la recherche du cœcum ; mais cela ne doit pas se faire, à mon avis. Il faudrait introduire la main entière, le cœcum se trouvant, d'après les mensurations que j'ai pratiquées, à 15 centimètres de l'épine sciatique et pour cela agrandir l'ouverture péritonéale de façon à lui donner une étendue d'au moins 9 ou 10 centimètres. Or, il ne serait pas possible d'obtenir un tel orifice sans grand inconvénient et sans courir le risque de blesser ou comprimer les organes. Donc, la recherche du cœcum par le moyen du palper est

impraticable, même à l'état normal ; que serait-ce, si une cause pathologique rendait l'orifice encore plus étroit et indilatable ?

En présence de cette impossibilité de l'emploi de la main, il ne reste malheureusement qu'une conduite à suivre, si l'on veut exécuter l'opération exclusivement par la voie sacrée c'est de saisir l'anse qui paraît la plus rapprochée de la symphyse sacro-iliaque droite et de la dévider jusqu'à ce que l'on sente une résistance à la traction. Encore faut-il que cette résistance soit perçue après un court dévidage et que l'intestin soit par la traction appliqué contre la paroi droite de l'excavation. Dans l'état d'intégrité des organes, on pourrait ainsi supposer que l'on tient réellement la dernière anse d'iléon ; mais je dis *supposer*, car la certitude est impossible, d'une part, et d'autre part, on ignore toujours s'il existe ou non, une disposition pathologique empêchant la descente de l'intestin. J'ai essayé maintes fois, en m'aidant de trois longs et larges écarteurs, et en refoulant l'intestin avec des éponges, d'apercevoir la direction de l'anse qui me paraissait bonne : jamais je n'ai pu me baser sur quoi que ce soit, pour avoir, non pas une certitude, mais même un soupçon sur la nature de l'anse aperçue.

J'ai donc rejeté la voie périnéale postérieure, *comme voie exclusive* j'en dirai autant de la voie périnéale antérieure que j'ai également expérimentée en utilisant toutes les incisions employées autrefois pour la taille périnéale. Je n'indiquerai que le procédé de la taille prérectale.

Voie périnéale antérieure. — Je pratiquai l'incision prérectale jusqu'au bec de la prostate ; à partir de ce point je poursuivis le décollement de la face antérieure du rectum

avec le doigt, en rasant la face postérieure de la prostate ayant soin de rester rigoureusement sur la ligne médiane. Lorsque j'eus senti très nettement la base de la prostate libérée, je plaçai un écarteur vaginal étroit à la partie supérieure de la plaie, de chaque côté et inclinai le manche de façon à le rendre perpendiculaire à la branche ischio-pubienne ; un troisième écarteur placé au fond de la plaie, déprimait le rectum de manière à permettre *de voir* au-dessus de la base de la prostate. Le champ opératoire se trouve alors singulièrement rétréci et c'est à grand'peine que je pus avec une longue pince à griffes et un bistouri très long et étroit, diviser les tissus dans la profondeur. Je ne trouvai le péritoine qu'avec difficulté, d'autant plus que le décollement portait tantôt sur le péritoine vésical, tantôt sur le péritoine rectal, sur le premier plus souvent que sur le second. Aussi, abandonnai-je la voie périnéale antérieure, par laquelle, si, même j'avais réussi à ouvrir à coup sûr le péritoine, je n'aurais cependant pas pu apercevoir nettement l'intestin grêle, encore moins son anse terminale.

Aucune des trois voies, employée exclusivement n'était bonne ; mais on pouvait les combiner deux à deux et c'est à ce parti que je me suis arrêté.

La voie abdominale, présente seule l'immense avantage de permettre la découverte de la dernière anse de l'iléon d'une manière facile. Elle permet, en outre (autre avantage non moins grand), de se rendre compte de l'état du bassin, de voir quelle est la limite de la lésion rectale, quels sont les rapports des anses intestinales entre elles et avec les organes pelviens, de voir, de sentir et de déprimer les culs-de-sac péritonéaux.

M'étant un jour proposé de suivre la voie sacrée sur un cadavre de l'école pratique, je fis mon incision postérieure comme à l'ordinaire et pratiquai une boutonnière péritonéale; je pensai continuer comme je l'avais déjà fait plusieurs fois, mais je m'aperçus en mettant le doigt dans l'orifice que j'avais eu une rude chance d'avoir pu le pratiquer. Je sentis, en effet, les anses intestinales et l'épiploon adhérents entre eux et aux parois du bassin, de telle sorte qu'il aurait été impossible d'y reconnaître quoique ce fut.

Je dois dire que j'opérai sur un cadavre de femme présentant une tumeur pelvienne d'origine utérine. Je fis immédiatement la laparotomie médiane et je trouvai le bassin rempli par les anses intestinales fortement agglutinées et adhérentes à la tumeur utérine. Il me fut impossible de reconnaître l'anse terminale de l'iléon. Sur le vivant, cette disposition pathologique n'aurait pu être constatée que grâce à la laparotomie, laquelle constituant le temps préliminaire de l'iléorectostomie, aurait démontré que, dans le cas spécial, l'opération était impraticable.

Instruit par le fait précédent et par les difficultés de la voie périnéale exclusive, je pratiquai sur un autre sujet la laparotomie préliminaire et je tombai sur un mésentère extraordinairement court : à 60 centimètres de la valvule iléo-cœcale, la distance de l'intestin à l'insertion mésentérique n'était que de 8 centimètres. Il était donc impossible d'attirer l'intestin dans le cul-de-sac recto-vaginal; on ne pouvait pratiquer que l'iléorectostomie intra-péritonéale et encore l'abouchement devait-il se faire dans le tiers supérieur du rectum.

Ces faits sont suffisants, il me semble, pour rendre la la-

parotomie obligatoire comme premier temps de l'iléorectostomie. Mais il y a plus : la voie intra-péritonéale permet d'enfoncer dans le cul-de-sac recto-vésical l'anse grêle qu'on a sûrement reconnue et de l'y fixer de façon à établir l'anastomose au point convenable, de faire saillir vers le périnée le cul-de-sac ou le point péritonéal à inciser.

En effet, lorsque l'anse est reconnue, on la refoule dans le cul-de-sac ; au point où elle touche le plancher pelvien et à 3 ou 4 centimètres plus loin, on traverse le mésentère avec un fil de soie solide ou une mèche de gaze iodoformée ; on saisit les extrémités des fils avec une pince-clamp courbe, dont l'extrémité est appuyée dans le fond du cul-de-sac et maintenue appuyée par un aide.

Faisant ensuite l'incision périnéale, on ouvre facilement le péritoine sur le conducteur que forme la pince et par l'orifice on saisit les fils pour attirer commodément et sans incertitude l'anse grêle préalablement déterminée.

Il ne restera plus qu'à fixer les deux intestins l'un à l'autre et établir leur communication.

Pour résumer ces recherches, je dirai que la voie abdominale doit être combinée à la voie périnéale pour l'exécution de l'iléorectostomie extra-péritonéale. La première permet de se rendre compte de l'état des organes pelviens, de reconnaître sûrement l'anse terminale de l'iléon, la longueur du mésentère, son extensibilité, la nature et l'étendue de la lésion qui nécessite l'intervention, de fixer d'après l'état anatomique le point où doit se faire l'abouchement, de faire saillir le péritoine vers le périnée et de fournir ainsi un point de repère profond et sûr, pour l'incision périnéale. Celle-ci seule permet de découvrir la portion extra-périto-

néale du rectum. Elle a encore d'autres avantages que j'indiquerai dans une des pages suivantes.

J'ai donc adopté le manuel opératoire général suivant pour l'iléorectostomie extra-péritonéale chez l'homme.

1^{er} temps. — Laparotomie médiane. Recherche du cœcum et de la dernière anse d'iléon. Examen des organes, du mésentère et de la lésion. Adduction de l'anse dans le cul-de-sac recto-vésical, en rendant cette anse aussi courte que possible. Au point de contact, passage de deux fils à travers le mésentère. Pincement des extrémités de ces fils au moyen d'un clamp courbe dont le bec sera appuyé par un aide et maintenu au fond du cul-de-sac recto-vésical. Fermeture incomplète de l'abdomen et pansement provisoire.

2^e temps. — Le malade ou le sujet est placé dans la position de la taille, le siège fortement relevé. Incision sacrée ou prérectale découverte de la pince-conducteur et ouverture du péritoine.

Traction sur les fils, lâchés par la pince que l'aide retire du bassin. Adduction de l'anse le plus bas possible et fixation au rectum.

A la fin du chapitre suivant je compléterai cette description sommaire en indiquant en détail les manœuvres qu'il y aurait à exécuter sur l'homme vivant.

Chez la femme, l'iléorectostomie extra-périnéale est beaucoup plus simple et plus facile. Il n'y a pas lieu, en effet, d'inciser le périnée, car le vagin mène sur le cul-de-sac péritonéal, mais celui-ci est profond et l'intestin grêle se mettra moins en rapport avec la partie extra-péritonéale. Les temps sont les mêmes que sur l'homme, sauf qu'il faut in-

ciser verticalement la muqueuse vaginale pour offrir à l'intestin une surface plus facilement adhérente. Je reviendrai d'ailleurs sur ce sujet un peu plus loin.

Avant de passer à l'étude des moyens d'union et de communication, je désire dire quelques mots sur les *dispositions anatomiques nouvelles* que crée l'iléorectostomie.

Par l'anastomose faite à la partie supérieure du rectum, on produit l'accollement des deux intestins maintenus presque parallèles : on obtiendra donc un anus artificiel intra-rectal *sans éperon*. Les matières pourront facilement passer dans le bout attenant au cœcum.

L'anastomose intra-péritonéale faite au niveau des derniers centimètres du rectum revêtu de séreuse ou dans le cul-de-sac recto-vésical, crée une disposition beaucoup plus favorable. L'intestin grêle se trouve, en effet, coudé, de sorte que l'anus intra-rectal établi en ces points présente *un véritable éperon*. Les matières ne pourront que difficilement passer dans le bout cœcal ; elles suivront plutôt la voie rectale, par suite empêcheront la fermeture de l'orifice artificiel, fermeture spontanée qui est à craindre dans le cas précédent.

L'anus à éperon est encore mieux réalisé par l'iléorectostomie extra-péritonéale.

Voilà pour l'anus artificiel intra-rectal. Mais il y a encore une autre disposition nouvelle à considérer, disposition qui, je crois, aurait une certaine importance. Je veux parler des rapports qu'affectent le mésentère et le méso-rectum. Il est facile de comprendre que le mésentère vient s'appliquer sur le meso-rectum auquel il adhère au niveau du bord adhérent des deux intestins, au point où l'on a établi la com-

munication des deux cavités. Mais entre leurs insertions normales et cette adhérence normale, il reste un espace dans lequel une anse d'intestin pourra s'engager pour se rendre dans la loge située sur le côté droit du méso-rectum. En effet, l'anastomose crée un espace ayant la forme d'une pyramide triangulaire, ainsi définie : la base regarde en avant, elle est limitée en haut par le cœcum et la partie coecale de l'anse anastomosée, en dedans par le rectum, en dehors ou à droite par le péritoine recouvrant le releveur. Les faces sont formées par le mésentère en haut, le méso-rectum à gauche, le péritoine pelvien à droite. Au niveau de l'arête gauche correspond le contact des deux mésos, ou l'intervalle qui les sépare et qui conduit de la grande cavité péritonéale dans l'espace pyramidal indiqué. Par cet orifice et dans cet espace pourrait s'engager une anse d'intestin et ou bien s'étrangler ou bien décoller l'adhérence iléo-rectale. Aussi je crois qu'il serait prudent dans ce cas de placer des fils pour assurer le contact continu des deux replis.

Cette disposition n'est plus à redouter lorsqu'il s'agit d'iléo-rectostomie pratiquée dans le cul-de-sac vésical et à plus forte raison lorsqu'on fait l'opération extra-péritonéale. Dans ces deux cas, en effet, l'anse d'iléon et le mésentère correspondant viennent se plaquer (qu'on me passe l'expression) contre la paroi droite du bassin ; le pli mésentérique vient se placer dans le cul-de-sac latéral, il n'y a donc plus d'orifice ni d'espace, d'autant moins que le mésentère se trouve tendu et non flottant. D'ailleurs, on pourra sur le vivant provoquer l'adhérence complète du mésentère soit au mésorectum, soit à la paroi pelvienne.

Si nous comparons les deux modes d'iléorectostomie au

point de vue des dispositions nouvelles que crée l'opération, nous arrivons à ce résultat. L'extra-péritonéale donne un anus à éperon et ne présente pas de disposition pouvant devenir fâcheuse ; l'intra-péritonéale, à moins d'être faite dans le cul-de-sac recto vésical, donne un anus sans éperon et une disposition qui pourrait devenir la cause d'accidents ultérieurs. De cela nous pouvons déjà conclure que l'éorectostomie doit être de préférence extra-péritonéale, ou faite très bas, si on choisit le mode intra-péritonéal, plus facile.

En somme, à quel procédé faudrait-il donner la préférence ? Pour faire le choix, il est nécessaire de tenir compte de toutes les conditions que doit réaliser l'opération, ce qui m'amène à parler de ces conditions, en réservant celles concernant les moyens d'union et de communication.

Je me suis proposé de créer un anus artificiel intra-rectal, c'est dire que l'orifice doit se maintenir, non pas s'oblitérer et que les matières doivent toujours passer par le rectum, sans pouvoir s'engager dans le bout cœcal de l'iléon. Ce résultat ne saurait être obtenu que par un *anus à éperon* ; donc à ce point de vue, l'iléorectostomie faite le plus bas possible est préférable.

Il faut en outre que l'établissement de la communication iléo-rectale ne puisse pas faire courir au péritoine de dangers d'infection ; c'est-à-dire que la séreuse doit être parfaitement protégée par des adhérences avant la communication des deux intestins, ce qui n'est pas possible par le mode intra-péritonéal supérieur, mais ce qui est réalisable par le mode intra-péritonéal inférieur (dans le cul-de-sac) ou l'opération extra-péritonéale. Dans ce dernier cas, en effet, on peut avant d'établir l'orifice, attendre que l'anse ait con-

tracté des adhérences avec les lèvres de la boutonnière péritonéale.

Donc, c'est encore à l'iléorectostomie faite très bas qu'il faut donner la préférence, et en particulier à l'iléorectostomie extra-péritonéale. Je reviendrai tout à l'heure sur ces points divers, mais je dirai encore quelques mots touchant les indications générales qui sont également favorables à l'opération extra-péritonéale.

L'anastomose iléo-rectale est destinée, dans ma pensée, à tourner un obstacle siégeant sur le rectum, et à plus forte raison un obstacle siégeant sur le gros intestin. Il est évident que, plus la communication sera rapprochée de l'anus normal, plus l'opération aura d'indications, puisqu'elle pourra remédier à des lésions siégeant très bas; il faudrait donc choisir l'opération qui place l'anus artificiel très bas, c'est-à-dire l'iléorectostomie extra-péritonéale ou à la rigueur l'intra-péritonéale inférieure. Ce choix est encore plus indiqué, je pense, si l'on tient compte des moyens d'union et de la manière d'établir la communication.

Certes, la complication qui résulte de l'incision périnéale peut faire choisir plutôt l'anastomose intra-péritonéale inférieure, opération plus facile et plus rapide, surtout par le procédé que j'indiquerai plus bas. Mais je ne pense pas qu'on ait raison de faire ce choix exclusif, car le péritoine sera peut-être moins bien protégé dans l'opération facile que dans la soi-disant compliquée. Du reste, au chapitre des indications, j'espère montrer que dans certains cas, l'iléorectostomie extra-péritonéale est de nécessité, et ne saurait être mise en parallèle qu'avec l'anus artificiel coecal ou iliaque cutanés, infirmité fort pénible qu'à mon avis l'anasto-

mose iléo-rectale inférieure doit faire disparaître dans un certain nombre de cas.

Il me reste à examiner un point important de l'opération, non pas seulement au point de vue de la médecine opératoire proprement dite, mais encore et surtout au point de vue clinique, du vivant : je veux parler des moyens d'union et de communication des deux anses, résultats qui doivent être obtenus, *tuto et cito*, le jucunde étant, en la matière, fort accessoire.

Pour terminer ce qui concerne la médecine opératoire proprement dite, je dois indiquer quelle incision périnéale m'a paru donner une plus grande facilité dans l'exécution de l'opération. La meilleure est une incision verticale, passant à droite, à égale distance de l'anus et de l'ischion, se terminant en arrière, au niveau de la base du coccyx, se recourbant *en avant* à partir de la ligne bi-ischiatique pour se terminer sur le raphé, décrivant par conséquent dans cette portion antérieure la moitié droite de l'incision de Nélaton.

Elle a pour avantages de donner suffisamment de jour, de permettre la découverte du rectum sur une assez grande étendue, sans danger pour les organes voisins, enfin de pouvoir être agrandie, s'il y avait lieu, en complétant l'incision prérectale.

MOYENS D'UNION ET DE COMMUNICATION

Lorsqu'on pratique l'opération de Maisonneuve, c'est-à-dire l'anastomose intestinale, on a le choix, pour unir les anses et les faire communiquer, entre plusieurs procédés.

Maisonneuve avait d'abord fait sur chaque anse une incision correspondant au point où il voulait établir leur communication ; puis il réunissait les lèvres postérieures de ces incisions par la suture du cordonnier et enfin les lèvres antérieures. Ce procédé de la suture directe immédiate a été employé, à l'exclusion de tout autre, jusqu'à ces dernières années.

Récemment, en effet, le procédé ancien a été modifié, a été rendu plus rapide et plus sûr par l'usage des plaques décalcifiées de Senn ou du bouton de Murphy. Enfin, les travaux de Chaput nous ont montré que l'anastomose pouvait être réalisée soit par l'entérorraphie longitudinale et oblitération de l'anse désormais inutile, soit par le procédé dit de la pince.

Je n'ai nullement l'intention de rééditer les discussions qui ont eu et ont encore lieu, touchant les avantages et les inconvénients de ces différentes méthodes, considérées d'habitude dans le cas le plus général de l'anastomose intesti-

nale. J'essaierai seulement de montrer leurs avantages et leurs inconvénients dans leur application à l'iléorectostomie.

La *Suture avec communication immédiate* consiste, après avoir isolé les deux segments à anastomoser, à pratiquer sur chaque anse une incision longitudinale et à réunir les lèvres correspondantes par une des nombreuses sutures proposées, ou bien à serrer les fils en partie avant d'inciser les anses, par le procédé décrit et employé par M. le professeur Terrier pour la cholécystentérostomie. C'est à ce dernier mode qu'on doit donner la préférence, mais il n'est applicable qu'à l'iléorectostomie intra-péritonéale supérieure. En effet, dans ce cas les manœuvres seront exécutées au niveau du détroit supérieur du bassin, où il y a une place suffisante pour permettre à l'opérateur de mener à bien cette suture assez longue et toujours délicate.

Au contraire, l'anastomose deviendrait très pénible, partant dangereuse, au point de vue de la protection du péritoine, s'il fallait la pratiquer dans l'intérieur du bassin et elle est parfaitement impraticable au niveau du cul-de-sac.

Il faut donc réserver la suture et la communication immédiate par l'iléorectostomie supérieure seule.

Du même coup, nous devons rejeter les manœuvres, plus difficiles encore, d'entérorraphie circulaire avec isolement de l'anse inutilisée ou d'entérorraphie longitudinale. Il reste les procédés de Senn, de Murphy ou de la pince (Chaput).

Examinons ces procédés dans leur application possible aux différents cas.

Pour l'iléorectostomie intra-péritonéale supérieure, les

plaques de Senn ou le bouton de Murphy peuvent être employés : mais ils sont inapplicables à l'iléorectostomie inférieure et plus encore à l'extra-péritonéale. Il n'y a plus dans ces deux circonstances qu'à employer le procédé dit de la pince, en modifiant le mode de son application. Voici comment l'inventeur a décrit sa manière de faire dans l'iléorectostomie iliaque :

« Par une incision médiane inférieure, on ouvre le ventre, on va alors au cœcum chercher la fin de l'iléon et on amène dans la plaie la dernière anse de l'intestin grêle. On attire également dans la plaie l'S iliaque.

« On accole alors ces deux intestins l'un à l'autre par une rangée de sutures, de façon à les adosser en canon de fusil double. L'accolement doit exister sur une hauteur de 6 à 8 centimètres environ. Jusqu'ici les deux intestins sont intacts et non ouverts.

« Je suture alors l'S iliaque à la lèvre gauche de la plaie abdominale et l'intestin grêle à la lèvre droite. La plaie abdominale est ensuite fermée complètement en haut et en bas, mais non à la partie moyenne où les deux intestins accolés sont exposés à l'air.

« Je fais alors une petite incision de un centimètre et demi sur l'intestin grêle et une semblable sur l'S iliaque. *Par les deux orifices, j'introduis les deux branches d'une pince à mors courbes et longs et je serre avec cette pince la cloison des anses adossées.*

« *Lorsque la pince tombe après avoir sphacélé les tissus, la communication se trouve établie entre l'intestin grêle et l'S iliaque. Il ne reste plus qu'à réparer les orifices ouverts à la peau.* »

Il s'agit ici, en somme, de l'établissement préalable d'un anus contre nature, dont immédiatement on traite l'éperon. « Chaput emploie une longue pince à pédicule, formée de deux branches de 10 centimètres de long ; ces branches articulées sont munies d'une crémaillère permettant d'exercer une striction progressive. »

« L'application en est généralement bien supportée par les malades et la section de l'éperon est complète grâce à l'élasticité des branches ; le degré de striction peut être aisément reconnu par la crémaillère pourvue de crans d'arrêt » (1).

Pour exécuter les mêmes manœuvres dans l'iléorectostomie, il faut pouvoir amener d'abord les deux intestins dans la plaie abdominale et les y fixer. Cela peut se faire pour l'intestin grêle, mais cela ne peut se faire pour le rectum, même lorsque l'on voudrait pratiquer l'anastomose intrapéritonéale supérieure, encore moins pour les deux autres modes. Dès lors le procédé dit de la pince ne saurait être appliqué tel que l'a décrit Chaput et doit être modifié. Voici comment je pense l'utiliser.

Au lieu de pincer la cloison qui séparerait les deux cavités, si on pouvait opérer en dehors du péritoine, je place la pince à l'intérieur du rectum et c'est à travers sa paroi elle-même pincée que je saisis le bord libre de l'intestin. La disposition des parois est alors la suivante : le bord libre se trouve placé au fond d'une gouttière formée par la paroi rectale refoulée dans l'intervalle des mors de la pince, de telle sorte qu'en définitive l'instrument comprime et fixe

(1) P. Philippe, thèse de Paris, 1890, p. 47.

les deux parois pliées en double et emboîtées. La paroi rectale présente un pli saillant dans la cavité de l'intestin, pli formé de dehors en dedans, par conséquent, l'intestin grêle est simplement aplati au niveau du bord libre de manière à effacer sa cavité par rapprochement des parois opposées, au niveau de la future communication.

Ce procédé de la pince intra-rectale, nécessite le pincement d'une épaisseur de tissus double de ce qu'elle est dans l'entérocolostomie de Chaput, c'est une objection que l'on peut poser à l'emploi du procédé.

A cette objection il est facile de répondre, car cette épaisseur de tissus n'excède pas, certainement, 2 centimètres, c'est-à-dire l'épaisseur d'un très mince pédicule de fibrome utérin ou de kyste de l'ovaire. Nos pinces actuelles peuvent facilement et sans danger aucun, étreindre une pareille épaisseur; mais on peut diminuer cette épaisseur par une petite manœuvre préliminaire, consistant à pincer isolément chaque paroi doublée. On peut en effet, placer le bord libre avec la pince à pédicule qui servira de conducteur, et cela sur une étendue suffisante, de même, on pourra refouler la paroi rectale et pincer le pli ainsi formé jusqu'à ce qu'il soit temps de réunir le rectum à l'intestin. On sait que les tissus pincés, même pendant une demi-minute, ne reprennent pas immédiatement leur volume primitif; le pincement préalable ou préliminaire facilitera donc l'application définitive de la pince.

Une autre objection peut être opposée à l'emploi du procédé.

Le pincement d'une assez grande épaisseur de tissus, diminuée il est vrai par l'artifice précédent, expose à l'échap-

pement de l'anse grêle, toujours plus ou moins tendue et sollicitée par la rétraction du mésentère.

Il est assez simple, je crois, de prévenir cette défection du contact. Le badigeonnage préalable au chlorure de zinc, rend les surfaces rugueuses et le glissement moins facile ; mais on peut aussi pourvoir le bord concave de *la pince semi-lunaire*, de deux ou trois petites pointes, qui à la fermeture s'engageraient dans de petits orifices correspondants placés sur le mors opposé. Je ne saurais mieux comparer la pince à iléorectostomie qu'à une pince fenêtrée à annexes, pince à morcellement des tumeurs de Péan, dont on n'aurait gardé que la moitié des mors, en rendant leurs bords plus convexes et concaves.

L'emploi de la pince intra-rectale comme moyen d'union présente certainement l'avantage d'une grande rapidité. Mais il y a un autre avantage, plus important peut-être que le premier, c'est que le procédé ne nécessite pas l'ouverture immédiate des cavités intestinales et évite par suite l'infection primitive, si fréquente et si rapide, souvent mortelle, lorsque le contenu de l'intestin se répand, même en très petite quantité sur le péritoine ou une plaie fraîche.

Le pincement met à l'abri de cet accident ; pendant le temps nécessaire au sphacèle des tissus et à la chute de la pince, c'est-à-dire avant l'établissement de la communication, la plaie peut être réunie primitivement et le péritoine, déjà au bout de quelques heures, sera fermé, surtout après badigeonnages au chlorure de zinc.

Si la plaie est restée ouverte, elle a le temps de se recouvrir de bourgeons charnus, qui se défendent fort bien contre les infections.

En sorte, que le procédé permet de n'établir la communication iléorectale qu'au moment où la réunion est assez solide. Je pense donc que le pincement offre plus de sécurité qu'un autre procédé et qu'en même temps il est immédiatement plus rapide.

Applicable surtout à l'iléorectostomie intra-péritonéale inférieure, à l'extra-péritonéale à l'exclusion d'autres moyens, servant de conducteur pour la recherche du rectum, la pince pourrait à la rigueur être employée pour l'anastomose intra-péritonéale supérieure. Mais il faudrait alors une très longue pince, dont le séjour dans le rectum pourrait produire des escharres de ce dernier et serait peut-être beaucoup moins bien supportée par les malades, que dans l'iléorectostomie inférieure. Pour celle-ci, en effet, il ne faut pas une pince bien longue, ni lourde, pour la partie supérieure du rectum il faudrait une longueur au moins double, avec une augmentation correspondante de poids.

Donc, les moyens de réunion et de communication, de même que les considérations précédentes doivent faire donner la préférence à l'iléorectostomie extra-péritonéale ou du moins à l'inférieure. Celle-ci présente en outre, au point de vue des indications, un avantage marqué sur l'opération intra-péritonéale.

Chez la femme, l'iléorectostomie peut se faire comme je l'ai dit, par le vagin; mais il faut pratiquer une petite manœuvre supplémentaire avant de placer la pince, soit en haut, soit en bas.

Rien de particulier n'est à dire pour l'anastomose faite

du niveau du cul-de-sac péritonéal au point où il existe encore de la séreuse. Là, comme chez l'homme le pincement sera précédé de badigeonnages au chlorure de zinc.

Mais plus bas, au niveau de la cloison recto-vaginale, l'anastomose ne pourrait se faire par le pincement ; l'épithélium vaginal s'opposant à l'accolement rapide et certains de l'intestin grêle. Je crois qu'alors, il serait bon d'inciser la muqueuse verticalement et de la disséquer ou de la réséquer depuis le bord de l'incision du cul-de-sac vaginal jusqu'au point où l'on veut établir la communication. On obtiendrait ainsi une surface cruentée, très apte à la réunion rapide.

L'intestin étant fixé, on pourrait à la rigueur réunir la muqueuse vaginale par dessus pour obtenir une cicatrisation plus rapide.

MANUEL OPÉRATOIRE CLINIQUE.

Avant de parler des indications et pour résumer tout ce qui précède, je crois utile de dire comment je procéderaï sur le vivant, si l'occasion s'en présentait.

Le malade étant préparé comme pour toute laparotomie (nettoyage et antisepsie de la paroi abdominale et de l'intestin, vacuité du rectum et de la vessie), on pratiquerait la laparotomie médiane pour 1° confirmer le diagnostic et le compléter, s'il y a lieu ; 2° chercher le cœcum et l'anse grêle qui s'y termine, se rendre compte de l'état du mésentère et de la possibilité d'amener l'iléon dans le cul-de-sac recto-vésical.

Ces constatations positives étant faites, deux cas peuvent se présenter : ou le rectum est normal jusqu'à 4 ou 5 centimètres au minimum au-dessus du cul-de-sac ou bien, il ne reste à ce niveau que 2 ou 3 centimètres disponibles. La conduite à tenir est différente pour chacun de ces cas.

1^{er} cas. — La partie inférieure du rectum est saine jusqu'à 5 centimètres au-dessus du cul-de-sac antérieur,

c'est-à-dire jusqu'au niveau du plan horizontal passant par la pointe du mésorectum.

Dans ces conditions, il est possible d'exécuter l'iléorectotomie intra-périto néale inférieure.

La dernière anse d'iléon est refoulée dans le cul-de-sac, par l'opérateur, qui au niveau du point de contact place sur le bord libre de l'iléon, 2 pinces longues, distantes de 2 centimètres $1/2$ à 3 centimètres pendant qu'un aide introduit dans le rectum une pince à crémaillère, soit droite, soit à mors triangulaire et fait saillir cette pince *ouverte*, en refoulant la paroi rectale droite, immédiatement au-dessus du cul-de-sac.

Le chirurgien après s'être bien assuré par la vue et le toucher de la position de la pince et de l'écartement des mors, porte le bord libre du grêle, au moyen des deux pinces, contre le rectum au niveau de l'écartement des mors et refoule la paroi rectale de façon à creuser une gouttière dans laquelle sera reçu le bord libre de l'iléon. Lorsque le refoulement atteint un degré suffisant pour que la pince puisse saisir *un centimètre* de la largeur de l'intestin, l'aide serre la pince tandis que l'opérateur maintient l'intestin immobile.

La pince rectale étant bien serrée et doucement soutenue, l'opérateur s'assure que l'anse d'iléon est saisie, bien saisie et qu'elle reste saisie. Il enlève alors les pinces intra-péritonéales et place à travers les deux mésos, deux ou trois points destinés à les rapprocher et à les maintenir en contact.

Pour favoriser les adhérences, je crois qu'il serait bon de

toucher au chlorure de zinc au dixième, toutes les surfaces que l'on va mettre en contact; cul-de-sac recto-vésical, péritoine rectal et anse d'iléon d'une part, la face droite du mésentum ou du moins le cul-de-sac latéral, la paroi pévienne droite et la face gauche du mésentère, d'autre part.

On terminerait par la fermeture de l'abdomen comme à l'ordinaire.

La communication iléo-rectale serait établie au moment de la chute de la pince.

2^e Cas. — La partie inférieure du rectum n'est saine que jusqu'à 2 centimètres au maximum au-dessus du cul-de-sac.

Dans ces conditions, une seule opération est possible, *l'iléorectostomie extra-péritonéale.*

Le contact de l'anse grêle avec le cul-de-sac étant marqué, à quelques centimètres plus loin du cœcum (5 à 8), on passerait à travers le mésentère deux fils de soie ou deux mèches de gaze iodoformée distants de 3 ou 4 centimètres. Il serait préférable je crois, d'employer la soie plate (n° 5 ou n° 6, de T. Leclerc), d'une longueur de 30 ou 40 centimètres, car on pourrait l'utiliser pour mieux fixer l'anse dans sa position définitive.

Les deux chefs de chaque fil, les 4 ensemble, seront pris entre les mors d'une longue pince à pédicule courbe, dont l'extrémité sera appuyée sur la partie droite du cul-de-sac recto-vésical et maintenue en place par un aide. On placera immédiatement les sutures abdominales profondes que l'on serrera, sauf à l'angle inférieure où passe la pince. On appliquera enfin un pansement antiseptique provisoire, avant d'inciser le périnée.

Cela fait, on fait fléchir les membres inférieurs, comme pour la taille, on fait la toilette du périnée et l'on pratique alors l'incision périnéale. Comme il est indispensable, par raison majeure d'asepsie, de ne pas toucher au rectum, de n'avoir pas, par conséquent pour guide, un doigt introduit dans la cavité, je crois qu'il faudrait introduire immédiatement (ou mieux faire introduire) dans le rectum la pince à iléorectostomie pour servir de conducteur et de fixer sur la lèvre inférieure ou anale de la plaie, au moyen de 2 ou 3 pinces tire-balle, une large compresse de sublimé, recouvrant la pince et la main de l'aide, protégeant ainsi l'opérateur contre les contacts de la région anale.

L'introduction de l'index gauche dans le rectum serait d'ailleurs, sans la raison d'asepsie, parfaitement incommodé, puisque l'incision se fait à droite; l'opérateur aurait les mains croisées, à moins, ce que je ne conseillerais pas, qu'il ne fasse l'incision de la main gauche. Mais cela même serait mauvais : il faut redouter tout contact avec le rectum. Après l'incision des couches superficielles, on porterait l'index gauche dans la plaie la pulpe dirigée en bas pour sentir la pince intra-rectale et éviter ainsi de blesser le rectum, d'une part et d'autre part, pour sentir avec le bout du doigt l'extrémité de la pince intra-pelvienne au moyen de laquelle l'aide fait saillir le cul-de-sac péritonéal vers l'opérateur.

Il est nécessaire de faire écarter avec deux valves vaginales, que l'on déplace suivant les besoins, de façon à toujours voir clair au fond de la plaie.

Lorsque le péritoine sera ouvert, l'aide poussera la pince intra-abdominale de manière à amener au dehors les fils du mésentère. L'opérateur saisit ces fils, tandis que l'aide retire

la pince; puis exerçant une traction continue mais modérée, le chirurgien amènerait dans la plaie à peu de distance de la peau, l'anse préalablement déterminée.

Le bord libre de l'intestin sera pincé avec 2 pinces hémostatiques distantes de 2 centimètres et demi environ, l'intestin et la plaie seront touchés avec la solution de chlorure de zinc, puis la pince intra-rectale étant ouverte et refoulant la paroi rectale vers l'anse grêle, c'est-à-dire à droite, le chirurgien au moyen des deux pinces, porte le bord de l'intestin dans l'intervalle des mors, en déprimant le rectum à ce niveau. Enfin l'aide serre la pince rectale et l'on s'assure que l'intestin est saisi, bien saisi et maintenu.

On pourrait pour plus de sûreté, traverser les lèvres de la plaie avec les chefs correspondants des fils mésentériques et serrer ces fils de façon à pratiquer en quelque sorte deux points profonds. On réunirait ensuite le reste de la plaie, on ferait dilater le sphincter par l'aide rectal et on appliquerait enfin un pansement iodoformé convenable.

Pour terminer, on serrerait le dernier fil abdominal et ferait le pansement définitif.

L'opéré devra être couché les jambes fléchies, les genoux écartés et le siège élevé, de façon à ce qu'aucune action ne puisse agir sur la pince.

Lorsque la pince sera tombée, la communication sera en même temps établie.

Si, pour une raison ou pour une autre, on ne voulait pas réunir, ni employer le procédé de la pince comme moyen d'union et de communication, on pourrait se comporter de la façon suivante :

L'intestin étant attiré et *visible* dans la plaie, on passerait

dans chaque lèvre de celle-ci les chefs correspondants des fils mésentériques et on nouerait ces chefs non *pas par dessus* la plaie, mais sur chaque lèvre, *en dehors* de la plaie, en laissant une pince ou un fil sur le bord libre de l'intestin grêle pour reconnaître sa place ultérieurement; puis ayant touché les surfaces avec le chlorure de zinc, on laisserait la plaie béante, bourrée de gaze iodoformée.

Au bout de 3, 4 ou 5 jours, quand le péritoine est fermé, protégé, on ouvrirait l'anse grêle, soit par le rectum, soit par la plaie, pour établir ensuite la communication iléo-rectale, dans ce dernier cas, par le procédé de la pince.

Je reviendrai plus loin sur ce dernier point; mais je tiens à faire remarquer un autre avantage que peut présenter la laparotomie préliminaire.

On peut fermer provisoirement la cavité abdominale, pendant les manœuvres périnéales, en ne faisant qu'un nœud maintenu par des pinces hémostatiques.

Lorsque l'intestin aura été fixé dans le périnée, on pourrait s'assurer en regardant par l'abdomen, de la bonne disposition de l'intestin et de la solidité de son pincement à travers le rectum. Ce n'est qu'après ces constatations positives, qu'on fermerait définitivement la cavité.

INDICATIONS DE L'ILÉORECTOSTOMIE

Les indications générales de l'anus artificiel intra-rectal sont celles de l'entérotomie sur le cœcum ou près du cœcum de l'anus artificiel de Nélaton, plus étendue par conséquent que celles des autres variétés d'anus.

L'iléorectostomie est destinée à créer une orifice siégeant près du cœcum ou du moins à faible distance, mais s'ouvrant dans la moitié inférieure du rectum au lieu de s'ouvrir à la peau.

L'opération serait donc indiquée dans tous les cas où un obstacle quelconque siégerait sur le gros intestin, depuis et y compris la valvule iléo-cœcale, jusqu'au-dessus du plancher pelvien.

Ainsi les cancers, rétrécissements simples ou inflammatoires ou tuberculeux, du cœcum du côlon (ascendant, transverse, descendant ou iliaque) ou de la moitié supérieure du rectum pourrait être traités par l'iléorectostomie. En un mot, l'opération intra-péritonéale inférieure, mais surtout l'extra-péritonéale permettraient d'éviter l'infirmité fort pénible de l'anus artificiel ordinaire, chaque fois qu'une lésion nécessitant l'entérotomie, siégerait à plus de 6 ou 8 centimètres de l'anus normal.

Tel est, en effet, le but que je cherche à atteindre : *restreindre le plus possible les indications de l'anus artificiel cutané*, créer une ressource nouvelle pour des cas jugés jusqu'ici au-dessus de nos moyens.

Pour mieux rendre compte des indications de l'iléorec-tostomie, je passerai successivement en revue les différentes affections du gros intestin au point de vue de leur traitement chirurgical et je comparerai l'opération que je propose à celles actuellement employées.

Rétrécissements ou lésions de l'angle iléo-cæcal et du cæcum. — Le traitement actuel de ces affections comprend les méthodes suivantes :

— Résection suivie d'entérorraphie circulaire ou longitudinale.

— Résection avec établissement d'un anus chirurgical temporaire que l'on fermera plus tard.

— Anastomose iléo-colique ou entérocolostomie iliaque (Chaput), soit immédiate, soit avec anus temporaire.

— Anus artificiel définitif.

En somme, deux méthodes : l'une intra-péritonéale (anastomose par inosculatation ou par dérivation), l'autre extra-péritonéale, anus artificiel temporaire ou définitif.

Les *rétrécissements ou lésions des côlons ascendants, transverse ou descendants et de l'S iliaque*, comportent le même traitement que précédemment : anastomose avec ou sans résection, anus artificiel.

Il faut faire une réserve pour les rétrécissements de l'S iliaque; car ceux qui siègent à l'union du rectum avec la portion iliaque du côlon, ne sont actuellement justiciables

que de l'anus artificiel, soit lombaire, soit à la rigueur iliaque.

Dans tous ces cas, les méthodes actuelles peuvent être remplacées par l'iléorectostomie intra-péritonéale inférieure ou extra-péritonéale. J'ai déjà indiqué pourquoi il était préférable de choisir l'une ou l'autre de ces opérations et surtout la dernière, à l'exclusion de la supérieure. Aussi pour plus de commodité et de rapidité dans l'expression, je désignerai désormais leur ensemble sous le nom d'iléorectostomie, sans épithète.

La thérapeutique chirurgicale est plus pauvre en ressources, lorsqu'il s'agit de rétrécissements du rectum. En effet, deux opérations seulement sont actuellement employées : la résection du rectum et l'anus artificiel.

Si la lésion siège à la partie supérieure du rectum, près de l'S iliaque, même lorsqu'elle n'occupe qu'une faible hauteur, la résection offre les plus grandes difficultés ; à plus forte raison, la résection (avec suture obligatoire) est-elle plus impraticable, lorsque le rétrécissement est situé dans l'excavation ; la voie abdominale ne doit pas être suivie, c'est à la voie sacrée, à l'opération de Kraske qu'il faut avoir recours.

Outre les difficultés et les dangers d'infection que présente la résection de Kraske faite très haut, malgré les beaux succès que certains opérateurs, entre autres M. Pozzi, ont obtenus, cette opération est à coup sûr très grave et risque de ne pas atteindre le but qu'on se propose même lorsque le rétrécissement peu étendu siège très bas.

En voici un exemple que je trouve rapporté à la Société anatomique (1) :

« M. Lefèvre montre un cancer du rectum, recueilli dans le service de M. Chauffard. Le malade avait refusé l'intervention chirurgicale.

« Par le palper abdominal, on sentait une tumeur. Dans les antécédents du malade on relevait des accidents péritoniques ayant coïncidé avec une première crise d'occlusion.

« A l'autopsie, on trouva un cancer en virole long de 3 centimètres, non adhérent, sans ganglions. Il y avait sur le côlon descendant trois rétrécissements dus à une coudure brusque au niveau d'adhérences péritonéales anciennes et plus serrés que la virole cancéreuse.

« M. Chauffard fait remarquer quelle désillusion aurait eu le chirurgien, s'il eut fait soit l'extirpation, soit l'anus iliaque, opérations qui semblaient indiquées, mais qui dans l'espèce n'auraient sans doute pas donné grand résultat ».

En effet, l'extirpation par la voie sacrée ou l'entérotomie iliaque gauche n'auraient pu montrer l'existence de ces rétrécissements, que rien ne pouvait faire prévoir. Seule l'iléorectostomie aurait pu montrer l'ensemble des lésions, grâce à la laparotomie préliminaire, seule elle aurait pu donner un résultat satisfaisant. Il est vrai que l'anus artificiel aurait pu être établi sur le cœcum, mais rien n'indiquait qu'il dut être placé en ce point, au contraire l'aspect clinique ne pouvait faire penser qu'à l'anus iliaque.

Ici je dois mentionner, pour la première fois, une opération dont je dirai quelques mots, au point de vue opératoire,

(1) Lefèvre, Soc. anat., novembre 1890.

à la fin de ce chapitre. Cette opération que je propose d'appeler du nom d'Ullmann (d'Anvers), parce qu'il en a eu le premier l'idée, est la rectocolostomie iliaque ou anastomose de l'S iliaque avec le rectum.

Destinée à tourner un obstacle siégeant à la partie supérieure du rectum, elle aurait pu être employée, s'il n'y avait pas eu de rétrécissement du côlon descendant. Mais la laparotomie préliminaire, premier temps de la rectocolostomie, en aurait démontré l'inutilité et aurait dû faire choisir l'iléorectostomie.

Celle-ci peut, en effet, servir à tourner tous les obstacles, aussi nombreux qu'ils soient et quelle que soit leur nature, siégeant à plus de 6 ou 8 centimètres de l'anus ; elle est donc supérieure, comme étendue des indications à la résection et à la rectocolostomie, supérieure comme résultat à l'anus artificiel cœcal, lombaire ou iliaque.

D'une part, rien ne peut faire prévoir les rétrécissements multiples ; d'autre part, les rétrécissements de l'iléon sont fort rares et siègent généralement près de la valvule iléo-cœcale. Il en résulte que l'iléo rectostomie peut réussir là où tous les autres procédés échoueront et elle a en outre l'avantage de permettre l'exploration préalable de la cavité abdominale, par suite l'achèvement complet du diagnostic. Elle pourrait remédier aux rétrécissements siégeant sur l'iléon à 30 ou 40 centimètres du cœcum et, par cela, elle sera supérieure, en ces circonstances, à l'anus de Nélaton.

Supposons maintenant que le rétrécissement rectal soit très étendu mais ne descende pas plus bas que le cul-de-sac recto-vésical.

Dans ces cas, dont j'ai rapporté, au début de ce travail,

trois exemples absolument typiques, l'extirpation ne saurait être tentée sans témérité. Il n'y avait qu'une chose à faire et elle fut faite : l'anus iliaque ou lombaire définitifs, c'est-à-dire la création d'une infirmité dégoûtante et fort pénible, aussi bien pour le malade que pour son entourage.

Je crois que dans des cas semblables, on peut tenter de faire mieux en exécutant soit l'iléo rectostomie, soit la rectocolostomie iliaque et, en particulier, sur le malade de ma première observation, la laparotomie exploratrice faite par M. Ricard aurait pu constituer le premier temps de l'une ou l'autre opération.

En résumé, les traitements actuels des rétrécissements du gros intestin sont les suivants : résection et suture (anastomose par inosculacion), anastomose à distance ou par dérivation, primitive ; anus artificiel, soit temporaire avec anastomose secondaire, directe ou indirecte, soit définitif.

Ce que j'appelle l'anastomose primitive est une opération difficile, délicate, toujours intra-péritonéale, donc dange-reuse, car on ne peut répondre de la solidité des sutures. Elle n'est pas toujours applicable.

La création de l'anus artificiel temporaire, suivi d'entéro-anastomose secondaire est certainement plus simple, mais n'est pas toujours applicable.

L'anus artificiel définitif est toujours facile à établir, est toujours applicable, donne constamment un résultat, lorsqu'il est pratiqué sur le cœcum, peut ne pas être efficace, dans certains cas, lorsqu'on le place sur le côlon descendant ou l'S iliaque. Mais quel que soit son siège, *il crée une infirmité.*

L'iléo rectostomie par le procédé de la pince me semble

beaucoup plus facile et moins dangereuse que les opérations intra-péritonéales; elle est moins facile à exécuter que l'anūs artificiel, mais elle a le grand avantage de ne pas créer d'infirmité permanente. Elle est toujours applicable, à moins que la lésion ne siège dans la portion extra-péritonéale du rectum et immédiatement au-dessus des sphincters. Pour ce dernier genre de lésion, il faut conserver soit l'extirpation, soit l'anūs artificiel définitif.

Cela m'amène à parler d'une dernière indication de l'iléo-rectostomie et non la moins importante, à mon avis. Il s'agit de la suppression ou mieux de la *fermeture de la plupart des anus artificiels*.

Ce fut en réalité le point de départ de la découverte de Maisonneuve, et Chaput a exécuté l'entérocolostomie iliaque, précisément pour obtenir la guérison d'un anus cœcal, qui, sans cette opération, aurait dû être définitif.

De même, dans l'observation résumée que je vais rapporter, l'anūs cœcal aurait été définitif, si on l'avait établi.

Il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans, entré à la Pitié, au mois d'août 1893, dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Tillaux, alors suppléé par mon maître, M. le professeur agrégé Jalaguier.

Ce malade portait dans le flanc gauche, évidemment sur le trajet du cœlon descendant, une masse immobile du volume d'une mandarine, de consistance ferme, douloureuse à la palpation. Le malade avait eu à plusieurs reprises des accidents d'occlusion chronique pour lesquels M. Jalaguier l'avait fait entrer à la Pitié. La masse avait, au bout de quelques jours

de repos, diminué un peu de volume et l'on hésitait entre une masse stercorale ou une tumeur de l'intestin. M. Jalaquier penchait plutôt vers cette dernière opinion et se disposait à intervenir, lorsque le malade succomba en 4 jours à une pneumonie.

A l'autopsie, on trouva une tumeur du côlon descendant, siégeant au milieu de la hauteur de cette portion et longue de 10 centimètres environ, tumeur intra-pariétale en virole, rétrécissant le calibre de l'intestin et le réduisant à celui d'un crayon. La masse entière était assez fortement adhérente à la paroi abdominale postérieure.

Dans ce cas, on aurait pu faire à la rigueur une résection, mais il eut mieux valu pratiquer l'anus cœcal ou l'anastomose, soit iléo-colique, soit iléo-rectale.

L'iléorectostomie aurait pu être primitive ou faite secondairement pour fermer l'anus artificiel, si on l'eut établi.

Dans un assez grand nombre de circonstances analogues, on pourrait parfaitement, je crois, éviter *l'infirmité de l'anus contre nature*, en pratiquant l'iléorectostomie d'emblée. Si l'opération est acceptée, on arrivera à ne plus établir d'orifice anormal cutané, sauf dans les cas, relativement rares, où on n'a pas d'autre ressource, par exemple, dans les cancers ou tumeurs, occupant la moitié inférieure du rectum, y compris la région anale et lorsque les tissus voisins seront infiltrés.

Les anus artificiels actuellement existants pourraient être fermés et remplacés par l'anus intra-rectal, placé le plus bas possible, de façon à pouvoir être surveillés du doigt ou même de l'œil.

L'avantage de l'orifice rectal est que, par le toucher, on

pourrait s'assurer de son état, le dilater s'il y a lieu, car il serait très accessible, le voir même au moyen d'un spéculum.

L'entérocolostomie iliaque, faite par Chaput, avait précisément pour but la fermeture de l'anus cœcal; mais Chaput a eu la main forcée. Ce n'est pas de propos délibéré qu'il a pratiqué son opération. Voici en effet un extrait de l'observation :

« ... Certain que l'obstacle au cours des matières est dans la fosse iliaque gauche, je me décide à faire la laparotomie dans cette région, afin de déterminer la nature de l'obstacle et dans le but de le supprimer, si c'est possible.

« Après quelques recherches, je découvre l'extrémité inférieure de l'S iliaque, qui est de volume normal. Mais, en remontant, l'intestin se rétrécit au point de ne plus présenter que le volume du petit doigt; ce rétrécissement siège sur une hauteur d'environ 25 centimètres et je ne puis arriver à en apercevoir le bout. Les tuniques de l'intestin ont leur consistance normale.

« Il était impossible de songer à réséquer une pareille étendue, *aussi je pris le parti de refermer simplement le ventre* ».

Or, c'est précisément à ce moment, qu'il aurait fallu prendre le parti d'exécuter l'anastomose.

« *Six mois après le début des accidents*, de parti délibéré, je me résolus à lui faire l'entérocolostomie iliaque gauche. »

Donc c'est l'impossibilité d'enlever la tumeur qui suggéra heureusement l'idée de pratiquer l'anastomose.

Je crois qu'aujourd'hui, en présence d'un anus artificiel, il y aurait lieu de songer d'emblée à l'iléorectostomie et de

faire primitivement ce que Chaput a fait en présence des difficultés d'une extirpation. C'est dire que je tends à rejeter toute opération prétendue radicale et à la remplacer par une autre, ne créant aucune infirmité et destinée seulement à améliorer, rétablir des conditions mécaniques.

Est-ce à dire que je rejette l'entérotomie dans les cas d'occlusion aiguë? En aucune façon, bien au contraire, je pense qu'on doit la conserver pour ces circonstances, car je suis entièrement de l'avis de Chaput.

« Dans l'occlusion aiguë, on ne doit pas faire d'opération compliquée (1); » la plus simple, la plus rapide sera la meilleure, on établira donc un anus artificiel, mais avec l'intention et l'espoir, justifié, je crois, de le fermer à coup sûr lorsque la vie du malade aura été assurée.

En résumé, les indications de l'iléorectostomie sont les suivantes : tous rétrécissements du gros intestin *siégeant à plus de 6 ou 8 centimètres au-dessus de l'an*us; tout anus artificiel accompagné de l'intégrité des mêmes 6 ou 8 centimètres du rectum.

Ces indications sont plus étendues que celles de l'entérocolostomie de Chaput, plus étendues que celles de l'opération d'Ulmann ou rectocolostomie iliaque, dont je ne puis me dispenser de dire quelques mots.

(1) *Arch. génér. de méd.*, mai 1891, p. 564.

DE LA RECTOCOLOSTOMIE ILIAQUE

OU

OPÉRATION D'ULMANN

L'opération d'Ulmann a beaucoup d'analogie avec l'iléorectostomie. Elle est peut-être plus facile à exécuter que celle-ci, mais elle est beaucoup moins importante au point de vue des indications.

Elle consiste à anastomoser l'S iliaque avec le rectum dans les cas où « il existe une lésion inopérable de la partie supérieure de l'intestin terminal ».

Ulmann n'a pas, que je sache, pratiqué son opération et n'a même pas décrit de manuel opératoire précis. Je demande donc la permission d'indiquer celui que j'ai expérimenté sur le cadavre au cours des recherches précédentes.

Comme l'iléorectostomie, l'anastomose du colon pelvien peut être intra ou extra-péritonéale et se faire, la première par la voie abdominale seule, la seconde par la combinaison de la voie abdominale avec l'incision périnéale, ou même par la voie périnéale seule.

A. — L'anastomose intra-péritonéale, dans le cul-de-sac, est des plus faciles.

Par la laparotomie, on découvre facilement l'S iliaque, qui, assez souvent, se trouve rabattu en avant du rectum; un aide a préalablement introduit dans l'intestin la pince à iléorectostomie.

On refoule l'S iliaque dans le cul-de-sac, on marque le point de contact, on place 2 pinces longues, distantes de 2 centimètres 1/2, sur le bord libre; on fait ouvrir la pince et l'on porte dans l'intervalle des mors, en refoulant la paroi rectale, le bord d'S iliaque délimité par les pinces.

On fait serrer la pince rectale, on place, si l'on veut, pour plus de sûreté, un ou deux fils réunissant les deux mésos, on vérifie la prise, puis on ferme l'abdomen.

B. — L'anastomose extra-péritonéale est un peu plus difficile.

Elle peut s'exécuter comme l'iléorectostomie extra-péritonéale, par la combinaison des voies abdominale et périnéale, l'incision du périnée étant seulement faite à gauche, au lieu d'être à droite. Les temps divers sont les mêmes.

Mais on peut également n'employer que la voie périnéale seule, et spécialement l'incision sacrée. On découvre le péritoine assez aisément. On découvre l'S iliaque plus facilement que l'iléon et d'une manière certaine, grâce, d'abord, à la situation souvent pelvienne de cette portion d'intestin, ensuite, à l'existence d'*appendices épiploïques*, caractéristiques.

L'adduction de l'S iliaque est plus facile en même temps que plus étendue, que ne l'est celle de l'iléon; la prise est donc meilleure, les tiraillements sont moindres. Le reste s'exécute comme pour l'iléorectostomie.

En somme, l'opération d'Ulmann est plus facile que cette

dernière, mais, par contre, les indications sont très restreintes. Il n'y en a qu'une : *le rétrécissement du rectum*, à la condition que la lésion n'atteigne pas le cul-de-sac, ou au moins qu'elle ne descende pas plus bas qu'à 6 ou 8 centimètres de l'anūs ; l'iléorectostomie ayant la même indication et plusieurs autres en plus, est donc supérieure à la rectocolostomie iliaque. Néanmoins, celle-ci, plus facile, sera préférée lorsqu'on en trouvera l'indication, à la condition formelle qu'il n'y aura aucun doute sur le siège *uniquement rectal* du rétrécissement.

En cas de doute, et dans toute autre circonstance, on pourra de préférence recourir à l'iléorectostomie.

CONCLUSIONS

L'iléorectostomie est une opération qui a pour but d'anastomoser la dernière anse de l'iléon avec le rectum, de créer par conséquent un anus artificiel intra-rectal.

A. — L'anastomose peut se faire avec la portion intra-péritonéale du rectum, soit à la partie supérieure de celui-ci, soit au niveau du cul-de-sac recto-vésical chez l'homme, recto-vaginal chez la femme : d'où la division de l'iléorectostomie intra-péritonéale en supérieure et inférieure.

— La première crée un anus sans éperon et une disposition des deux mésentères qui pourrait devenir la cause d'étranglement ultérieur d'une anse intestinale.

— La seconde crée un anus à éperon, sans aucune disposition nouvelle pouvant faire craindre un accident ultérieur.

— L'iléorectostomie intra-péritonéale se fait par la paratomie médiane et comprend les temps suivants :

— Découverte du rectum et de la dernière anse d'intestin grêle.

— Adduction des deux portions l'une vers l'autre.

— Fixation du contact et communication :

1° A la partie supérieure du rectum, à plus de 6 centi-

mètres du cul-de-sac antérieur, par les procédés ordinaires, incisions et suture simple, plaques de Senn ou bouton de Murphy. — Suture des mésentères.

2° Près du cul-de-sac et dans le cul-de-sac, *par le procédé de la pince*, seul pratique et rapide.

— Avant l'établissement du contact, badigeonnage des anses et des mésentères avec la solution de chlorure de zinc au 10°.

— Vérification de la solidité du contact et fermeture de l'abdomen.

B. — L'anastomose peut se faire entre l'iléon et la partie extra-péritonéale du rectum, entre le bord supérieur des sphincters et les cul-de-sac antérieur ou latéral, à 5 ou 6 centimètres de l'anus en avant, à 6 ou 8 sur la face latérale droite du rectum (iléorectostomie extra-péritonéale).

L'opération comprend les temps suivants :

1° Laparotomie médiane dans la position inclinée, recherche de la dernière anse d'iléon, adduction de cette anse dans le cul-de-sac antérieur et, au point de contact ou un peu plus loin du cœcum, placement de deux fils de soie écartés de 3 ou 4 centimètres, à travers le mésentère.

2° Fixation des chefs par une pince à pédicule courbe, dont l'extrémité restera appuyée par un aide au fond du cul-de-sac et à droite. — Fermeture et pansement provisoire.

3° Dans la position dorso-sacrée, de la taille, après introduction, par un aide, de la pince à iléorectostomie dans le rectum :

— Incision périnéale, prérectale, verticale postérieure droite ou en demi-U renversé droit.

— Découverte du rectum et ouverture du péritoine, sur la pince intra-abdominale servant de conducteur.

— Ablation de la pince abdominale et adduction de l'iléon dans la plaie périnéale par traction sur les fils.

— Fixation de l'anse au rectum par le procédé de la pince et à la peau au moyen des fils mésentériques, après attouchemment avec la solution de chlorure de zinc.

— Réunion de la plaie [périnéale ou bourrage iodoformé.

— Fermeture définitive de l'abdomen, après vérification du contact, s'il y a lieu.

C. !— L'iléorectostomie intra-péritonéale inférieure et surtout l'extra-péritonéale sont préférables à l'intra-péritonéale supérieure.

— L'opération peut être indiquée, l'orqu'un obstacle quelconque siège sur le gros intestin, de la valvule iléo-cœcale à la moitié supérieure du rectum inclusivement.

— L'iléorectostomie extra-péritonéale peut être indiquée, lorsqu'il n'y a de sain que la portion extra-péritonéale du rectum.

— Cette opération tend à remplacer, dans les cas chroniques, l'établissement d'un *anus contre nature* cutané (cœcal ou iliaque), à éviter primitivement cette infirmité, à la guérir secondairement, dans la majorité des cas, à moins que la lésion ne siège immédiatement au-dessus des sphincters.

— Elle paraît plus simple et moins dangereuse que la résection intestinale suivie d'entérorraphie et serait seule possible dans des cas jugés aujourd'hui comme étant au-dessus de nos ressources ou justiciables seulement de l'anus artificiel.

— Elle paraît plus simple et moins dangereuse que la résection du rectum pour lésions très élevées ou très longues. Elle serait *seule efficace* dans le cas de *rétrécissements multiples* de l'intestin, ce dont elle permet de se rendre compte tout d'abord.

— Si les lésions le permettaient, on pourrait, par les mêmes procédés, pratiquer la rectocolostomie iliaque intra ou extra-péritonéale.

Vu :

Le Président,

TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

